



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y  
EMPRESARIALES

Departamento de Estructura Económica y Economía del Desarrollo  
Doctorado del Programa Oficial de Posgrado de Economía

TESIS DOCTORAL

Trabajo de cuidados y género. Evaluación  
de los factores implicados en el cuidado  
informal en España

Directora: Dra. María Jesús Vara Miranda  
Autora: Violeta De Vera Martín

Madrid, noviembre 2015

*A la memoria de mi padre:*  
*DR. LUIS DE VERA PORCELL (1952-2013)*

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el fruto de cinco años de trabajo durante los cuales he iniciado mi vida profesional y académica en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Durante este tiempo he tenido la suerte de contar con el apoyo de muchas personas a las que me gustaría dar las gracias.

En primer lugar quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, la profesora María Jesús Vara Miranda. Durante todo este tiempo no me ha faltado su apoyo, constante dedicación y especial interés en enseñarme. He podido contar con ella en todo momento y me ha apoyado y animado en las circunstancias más difíciles. Sin su dedicación y confianza esta tesis no hubiera sido posible.

Asimismo, quisiera agradecer a la profesora Maribel Heredero, directora del Departamento de Estructura Económica y Economía del Desarrollo de la UAM, su interés durante todo el proceso y la disponibilidad y las facilidades prestadas.

Quiero agradecer también al Instituto Universitario de Estudios de la Mujer (IUEM) de la UAM y, en especial, a su directora, Yolanda Guerrero, la confianza depositada en mí y todas las oportunidades profesionales que me ha brindado durante estos años. También quiero dar las gracias a mis compañeros y compañeras del IUEM: María Corchado, Inmaculada Esteve, Selene Sahraoui, Javier Moreno, Hugo Martín y Ana Mora. Gracias por enseñarme tantas cosas, y por vuestro cariño y apoyo.

Durante la realización de este trabajo he podido llevar a cabo una estancia de investigación en el *Yunus Centre for Social Business and Health* de la *Glasgow Caledonian University*. A este respecto, me gustaría dar las gracias a su director, el profesor Cam Donaldson, y a todos los compañeros y compañeras del centro. En especial, a las profesoras Angela O'Hagan y Olga Biosca, por sus aportaciones y comentarios y por su cariño y apoyo constante en los momentos más duros.

Asimismo, le quiero dar las gracias a Daniel Ondé (Universidad Complutense de Madrid) y a Pablo Galaso (Universidad de la República), por sus aportaciones, comentarios y valoraciones, y por el apoyo que me han dado durante todo este tiempo.

En la fase final de esta tesis he tenido la suerte de realizar unas prácticas en el Centro de Documentación Estadística de la Biblioteca de Económicas de la UAM, por lo que quiero agradecer a la directora de la biblioteca, María José Ruiz-Moyano y a todo el personal el apoyo y las facilidades prestadas. En especial, quiero dar las gracias a Manuela Gómez y a María Osuna por su apoyo, comprensión y cariño.

De forma especial, le quiero dar las gracias a Martín Martín González, mi compañero de vida, mi apoyo. Gracias por animarme siempre y por cuidarme, a tu lado todo vale la pena.

Un especial agradecimiento para mi madre, Julieta Martín Sá, una mujer valiente y luchadora con un profundo compromiso por el feminismo. Su actitud siempre positiva, su amor incondicional y su constante apoyo durante todos estos años, han sido imprescindibles para la realización de este trabajo.

Quiero asimismo expresar un especial reconocimiento para mi padre, quien desgraciadamente murió durante el desarrollo de este proyecto. Este trabajo no existiría si no fuera por él. Mi padre era un hombre alegre y cariñoso que siempre confió en mí y del cual aprendí cada día. Su pasión por la ciencia y la investigación y su actitud inconformista siempre fueron y serán un ejemplo. Todos los días pienso en él y lo echo muchísimo de menos. A su memoria dedico este trabajo.

Para acabar, me gustaría dar las gracias a todas las personas que me quieren, mis familiares, amigos y amigas que siempre han confiado más en mí que yo misma. Esa confianza, su cariño y apoyo me han dado fuerzas para continuar y terminar esta tesis.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	9
PARTE I: MARCO TEÓRICO.....	17
Capítulo 1: El Trabajo de Cuidados .....	18
1.1.- Introducción .....	18
1.2.- El debate en torno al trabajo doméstico .....	20
1.3.- El trabajo de cuidados .....	25
1.4.- El <i>social care</i> .....	28
1.5.- Crisis de cuidados .....	34
1.6.- Propuestas de medición y valoración de los cuidados .....	38
Capítulo 2: Los Cuidados en el Pensamiento Económico .....	44
2.1.- Introducción .....	44
2.2.- La ciencia económica convencional y las actividades de cuidados .....	45
2.3.- El análisis feminista en los clásicos .....	50
2.4.- El trabajo de cuidados en la Economía Feminista .....	54
2.5.- El enfoque de la reproducción social .....	59
PARTE II: CONTEXTO EUROPEO .....	61
Capítulo 3: El Reto de los Cuidados en los Estados del Bienestar Europeos.....	62
3.1.- Introducción .....	62
3.2.- Condicionamientos sociales y económicos .....	62
3.3.- Modelos de cuidados en los Estados del Bienestar en Europa.....	65
3.3.1.- Modelos de Estados del Bienestar .....	66
3.3.2.- Cuidados de larga duración.....	67
3.4.- Tendencias de cambio en los modelos de cuidados europeos.....	73
3.4.1.- Mercantilización de los cuidados.....	73
3.4.2.- Actuaciones de los Estados frente a la crisis de cuidados.....	74
3.4.3.- Debate sobre el impacto de estas tendencias .....	76

3.5.- Recapitulación .....	81
Capítulo 4: El Cuidado Personal Gratuito en Escocia.....	83
4.1.- Introducción .....	83
4.2. - <i>Royal Commission on Long Term Care</i> .....	84
4.3.- La respuesta del gobierno escocés a la <i>Royal Commission on Long Term Care</i> .....	87
4.4.- Aplicación del <i>Free Personal Care</i> (FPC) en Escocia .....	89
4.4.1.- Impacto en la financiación .....	90
4.4.2.- Impacto en la provisión de cuidados .....	92
4.4.3.- Quejas al FPC .....	93
4.4.4.- Impactos indirectos .....	95
4.4.5.- Problemas del FPC.....	96
4.5.- Recapitulación .....	97
Capítulo 5: La Ley de Dependencia en España y su Aplicación.....	99
5.1.- Introducción .....	99
5.2.- El Libro Blanco de la Dependencia (LBD).....	99
5.2.1.- Concepto y clasificación de la dependencia en el LBD .....	100
5.2.2.- Propuesta de sistema nacional de dependencia del LBD .....	104
5.2.3.- Fundamentación jurídica.....	106
5.2.4.- Beneficiarios/as, servicios y prestaciones.....	107
5.2.5.- Financiación del sistema .....	108
5.2.6.- Organización y gestión del sistema.....	109
5.2.7.- La calidad en el sistema .....	110
5.3.- La aplicación de la Ley de Dependencia .....	110
5.3.1.- Solicitudes.....	111
5.3.2.- Dictámenes.....	112
5.3.3.- Personas beneficiarias y prestaciones de servicios .....	112
5.3.4.- Prestaciones económicas.....	114
5.3.5.- Financiación y costes .....	115

5.3.6.- Otras reclamaciones .....	116
5.4.- Recapitulación .....	117
Capítulo 6: El Cuidado Informal en Europa.....	118
6.1.- Introducción .....	118
6.2.- Magnitud del cuidado informal en los países europeos .....	120
6.3.- El papel de las mujeres mayores en el cuidado informal .....	125
6.4.- Influencia del cuidado informal en el bienestar de los cuidadores .....	131
6.5.- Recapitulación .....	133
PARTE III: ESTUDIO EMPÍRICO .....	136
Capítulo 7: Metodología.....	137
7.1.- Introducción .....	137
7.2.- Objetivos e hipótesis .....	138
7.2.1.- Objetivos del análisis descriptivo .....	138
7.2.2.- Objetivos e hipótesis del análisis econométrico .....	139
7.3.- Los datos: la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011/2012) .....	144
7.4.- Tratamiento de los datos .....	153
7.5.- El modelo logit.....	155
7.5.1.- Regresión logística binaria.....	156
7.5.2.- La función logística y la transformación logit .....	158
7.5.3.- Elección de variables predictoras e interpretación de coeficientes .....	161
7.5.4.- Estadísticos .....	163
7.5.5.- Supuestos del modelo logit .....	166
7.5.6.- Casos atípicos.....	170
7.5.7.- Casos influyentes .....	171
Capítulo 8: Análisis Descriptivo .....	174
8.1.- Introducción .....	174
8.2.- Caracterización de los hogares.....	177
8.3.- Caracterización de los hogares según el sexo de la persona de referencia .....	189

8.4.- Caracterización de las personas dependientes .....	197
8.5.- Caracterización de los/as cuidadores/as .....	204
8.6.- Caracterización de los/as cuidadores/as de apoyo .....	212
8.7.- Recapitulación .....	217
Capítulo 9: Análisis Econométrico. Aplicación del Modelo Logit .....	219
9.1.- Introducción y estudio exploratorio .....	219
9.2.- Resultados del Modelo 1: factores que intervienen en la tipología de cuidados (formal o informal).....	222
9.3.- Resultados del Modelo 2: factores que impactan en la probabilidad de ser cuidador/a .....	234
9.4.- Variaciones del Modelo 2 .....	242
9.5.- Recapitulación .....	262
PARTE IV: CONCLUSIONES .....	264
Capítulo 10: Conclusiones.....	265
BIBLIOGRAFÍA.....	284
ANEXO 1 .....	297
1. Listado de variables de clasificación del cuestionario de hogares .....	297
2. Listado de variables objetivo del cuestionario de adultos .....	300
3. Variables creadas para el análisis.....	303
ANEXO 2.....	305
1. Gráfico 1 (a, b, c y d). Distribución de residuos e influencia de casos atípicos para el Modelo 1 .....	305
2. Gráfico 2 (a, b, c y d). Distribución de residuos e influencia de casos atípicos para el Modelo 2 .....	306



# INTRODUCCIÓN

El trabajo de cuidados no ha sido tradicionalmente objeto de estudio de la Economía. Las investigaciones se han centrado mayoritariamente en la producción de mercado, dejando al margen los trabajos que se realizan fuera de éste y que no están monetizados. Sin embargo, la realidad muestra que el trabajo de cuidados comprende una serie de actividades de especial importancia social y económica que están presentes en los procesos económicos relacionados con la reproducción social. De hecho, los primeros estudios feministas en los años setenta del siglo XX trataron de identificar las relaciones que existen entre la producción de mercancías para la obtención de beneficios y la reproducción social de la población. Se pretendía mostrar que las relaciones de género afectan de manera directa a la estructura socioeconómica de los países y que, por tanto, son una pieza clave en la organización del sistema económico.

El análisis del trabajo de cuidados surgió como un estudio más profundo del trabajo doméstico. Actualmente muchos de los trabajos relacionados con este tema se enmarcan en el concepto impulsado por autoras anglosajonas denominado *social care*. En el contexto del llamado Estado del Bienestar, Jane Lewis define el *social care* como “las actividades que se proponen satisfacer las necesidades físicas y emocionales de los niños y de los adultos dependientes, de los marcos normativos, institucionales y sociales en los que éstas se insertan, así como los costes asociados a su realización” (Lewis, 1998: 6). En esta definición se observa como el cuidado tiene una doble dimensión, material e inmaterial, que en muchas ocasiones dificulta su estudio. Sin embargo, no hay que profundizar mucho para darse cuenta de que, aunque el trabajo de cuidados no tenga contrapartida monetaria, es necesario para la producción mercantil. Las actividades que comprende exigen dedicación, esfuerzo, desgaste de energía y tiempo. Además, cuando se contratan estos servicios en el mercado sí son considerados trabajo.

El trabajo de cuidados se mide habitualmente en unidades de tiempo. Diversos estudios han demostrado que el tiempo dedicado a esta actividad supera ligeramente al total del tiempo dedicado por hombres y mujeres al trabajo remunerado. Los cuidados constituyen, por tanto, una pieza clave en la sostenibilidad de la vida, y reflejan claramente la relación entre lo económico y lo social.

Las actividades de cuidados han sido y son realizadas en la mayoría de los casos por mujeres, por lo que la perspectiva de género es fundamental en este tipo de análisis. El trabajo doméstico o de cuidados lo podría realizar cualquier miembro adulto de la familia, pero en todas las investigaciones al respecto, en diferentes países y clases sociales son las mujeres las que mayor tiempo dedican a esta actividad. Dado que el modelo tradicional de familia ha establecido la figura del hombre como la perceptora de ingresos y la de la mujer como la ama de casa, socialmente se han atribuido ese tipo de responsabilidades en exclusiva a las mujeres y así se han visto abocadas a una situación de mayor precariedad laboral que los hombres, sufriendo una mayor pobreza relativa y bajo enormes tensiones en el intento de compaginar las distintas jornadas laborales.

La función biológica que tienen las mujeres en la reproducción humana ha servido de justificación para concentrar la responsabilidad del proceso de reproducción de la fuerza de trabajo en ellas. Sin embargo, como se ha puesto de manifiesto en numerosas investigaciones, el hecho biológico de la procreación sólo es una parte de la crianza, formación y socialización del ser humano. De esta situación se benefician, directamente, los miembros de la familia, e, indirectamente, los dueños de los medios de producción y los poderes públicos que dejan en manos de las mujeres la responsabilidad y el ejercicio de ocupaciones como el cuidado de personas enfermas o ancianas que, de otra forma, tendrían que ser asumidos por la organización social que esos poderes públicos gestionan.

Las mujeres han sido tradicionalmente relegadas a desempeñar las tareas consideradas como no productivas, situándolas en una posición de subordinación que acarrea importantes repercusiones. La división sexual del trabajo implica un papel subsidiario del colectivo femenino en el mercado laboral (menor salario, trabajos menos estables o, a veces, precario), y ofrece al colectivo masculino la disposición de servicios personales directos. Esta situación es producto del sistema patriarcal, un conjunto de estructuras ideológicas, psicológicas, sociales, económicas y políticas, a través de las cuales los hombres mantienen una posición dominante y las mujeres una posición subordinada. Afortunadamente, en algunos países esta situación está cambiando progresivamente y, aunque aún falta mucho por hacer y el proceso no está exento de dificultades y retrocesos, la tendencia general parece ir encaminada hacia una mayor igualdad de género.

La progresiva adquisición de derechos por parte de las mujeres y el aumento de su actividad en la vida pública están provocando cambios en el modelo tradicional de familia. Estos cambios en el sistema han ido generando un escenario denominado como “crisis de cuidados”, desencadenado por tres factores principales: 1) la incorporación de las mujeres al mercado laboral, situación que no ha venido acompañada de una incorporación de los hombres, en la misma proporción, a la realización de los trabajos de cuidados, 2) los cambios en los modelos familiares, con nuevos tipos de hogares y reducción de su tamaño y 3) el proceso de envejecimiento de la población, un proceso generalizado y profundo que va en aumento y que cada vez presionará más la demanda de cuidados.

Mientras que el papel de las mujeres en la organización socioeconómica de los cuidados ha ido cambiando, el resto de instituciones involucradas en el sistema no se han adaptado a la nueva situación. El Estado no ha ofrecido los servicios públicos necesarios y los hombres no se han incorporado, en la medida que sería necesaria, a la realización del trabajo de cuidados (en España el 80% de los trabajos de cuidados son realizados por mujeres). Este inmovilismo social conduce a una situación crítica en la que las mujeres se ven obligadas a, reducir su jornada laboral o a asumir la llamada “doble jornada laboral”. Asimismo, se ha distribuido el problema dentro del grupo poblacional femenino. Por un lado, ha habido una redistribución intergeneracional entre las mujeres de la familia y, por otro lado, se ha producido un reparto por clase y etnia, ya que sólo las familias de clases media-alta y alta pueden permitirse recurrir al mercado para contratar algunos de los servicios de cuidado. Además, este sector se caracteriza por contar con unas condiciones laborales precarias y emplear en la gran mayoría de los casos a mujeres, de las cuales un porcentaje importante son inmigrantes. Nos encontramos así con las llamadas “cadenas globales de cuidados”, generadas por los procesos de la transnacionalización de los cuidados.

La presente tesis doctoral parte de la idea de que la actual “crisis de cuidados” es un problema socioeconómico de primer orden al que los Estados no le están prestando la atención suficiente. El modelo tradicional de organización social de los cuidados se está rompiendo y, como se discute en esta tesis, urge replantearlo desde dos puntos de vista principales. En primer lugar, desde un punto de vista microeconómico, referido a los miembros de la familia, es necesario modificar el reparto actual del trabajo de cuidados

entre hombres y mujeres y entre generaciones por uno más justo. Y, en segundo lugar, a nivel macroeconómico, debe analizarse en profundidad cuál es el papel de las distintas instituciones (la familia, el Estado, los mercados y la sociedad civil) en este nuevo modelo. Este tipo de cuestiones se las han planteado ya la mayoría de los países europeos, en mayor o menor medida según sus circunstancias particulares, como por ejemplo, el grado de envejecimiento demográfico de la población y la riqueza del país. También resulta clave el tipo de Estado del Bienestar en el que se encuentra ese país y lo consolidado que esté, ya que determinará el nivel de equipamientos y de servicios públicos que puedan asumir parte del trabajo de reproducción. En definitiva, la actuación de los Estados en esta materia dependerá también de la voluntad política que tengan sus gobernantes.

El objetivo de la presente tesis es profundizar y avanzar en el análisis del trabajo de cuidados y contribuir a su valoración. Muchas de las autoras de referencia coinciden en la necesidad de investigaciones que midan y evalúen este fenómeno, al que no se le ha prestado la suficiente atención. Así, esta tesis pretende poner en valor la importancia socioeconómica de los cuidados. Los objetivos específicos de la investigación son:

1. Definir el objeto de estudio de la tesis: el trabajo de cuidados.
2. Justificar la relevancia actual del análisis.
3. Mostrar la importancia que merecen las actividades de cuidados en la ciencia económica.
4. Analizar el marco institucional de los modelos de cuidados en los Estados del Bienestar europeos, profundizando en los casos de Escocia y España.
5. Investigar qué lugar ocupa el cuidado informal en la organización socioeconómica de los cuidados en los países europeos.
6. Analizar los factores que intervienen en el cuidado informal en España.
  - a. Caracterizar a los hogares con personas dependientes. Se pretende identificar los rasgos comunes de este tipo de hogares y observar qué los diferencia de los hogares que no tienen dependientes.
  - b. Caracterizar a las personas dependientes, atendiendo a variables como edad, sexo, actividad económica y tipo de cuidado que reciben.
  - c. Caracterizar a los/as cuidadores/as informales, atendiendo a variables como edad, sexo y actividad económica.

- d. Identificar los factores que influyen en la tipología de cuidados (formal o informal) que reciben los dependientes.
- e. Identificar los factores que influyen en la probabilidad de ser cuidador/a informal de un familiar dependiente.

La metodología utilizada para abordar estos objetivos es la siguiente. En primer lugar, para elaborar el marco teórico y el análisis del contexto europeo, se realiza una revisión de la literatura especializada, recurriendo a las fuentes de información secundarias y documentales. En segundo lugar, para la realización del estudio empírico se elabora un análisis descriptivo y un análisis econométrico. Por su adecuación a las características de la información que se quiere analizar, el modelo econométrico elegido es la regresión logística binaria. Los datos utilizados para estos análisis provienen de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2011 y 2012. Los objetivos de la investigación se abordan a lo largo de diez capítulos, organizados en cuatro partes.

La parte 1 constituye el marco teórico y está formada por los capítulos 1 y 2. En el capítulo 1 se profundiza en la definición de los conceptos objeto de estudio de la investigación; partiendo de los primeros debates en torno al trabajo doméstico y finalizando con los últimos estudios referidos al concepto de *social care*. Se termina el capítulo abordando el concepto de crisis de cuidados y analizando las diferentes propuestas que existen de medición y valoración del trabajo doméstico y de cuidados.

En el capítulo 2 se estudia la relación entre la ciencia económica convencional y las actividades de cuidados. Se lleva a cabo un recorrido por las distintas escuelas de pensamiento económico, analizando cómo éstas han abordado el papel de las actividades de cuidados en la Economía. Se inicia el análisis con el punto de vista de los autores clásicos y finalmente se explora el surgimiento de la Economía Feminista y sus aportaciones al estudio del trabajo de cuidados. Con este capítulo termina la primera parte dedicada al marco teórico.

La parte 2 de la tesis está dedicada al contexto europeo. En esta sección se analizan las características de los modelos de cuidados en los Estados del Bienestar europeos, con el fin de situar el caso español en ese entorno. A lo largo de los capítulos 3, 4, 5 y 6, se

revisan las diferentes políticas sobre cuidados que se han llevado a cabo en Europa (especialmente en lo relativo a la legislación y los presupuestos y otros), con el objetivo de establecer una tipología de países, identificando grupos que tengan rasgos comunes según los distintos niveles de atención, la unidad destinataria de las prestaciones y la naturaleza de las ayudas.

Concretamente, en el capítulo 3 se estudian los condicionamientos sociales y económicos del reto de los cuidados y cuáles son los modelos de Estado del Bienestar adoptados en Europa para afrontar esta situación. El análisis de estas dos cuestiones – problema y respuesta institucional–, permite detectar adecuadamente la mayor o menor presencia de cuidado informal en las naciones europeas. En la segunda parte del capítulo se analizan las principales tendencias que están experimentando los modelos de cuidados en Europa: la mercantilización de los cuidados y las variantes que existen en la actuación de los Estados.

En el capítulo 4 se estudia el origen, la aplicación y los resultados de la implantación del cuidado personal gratuito para personas mayores en Escocia. Para abordar este tema, se exponen los objetivos y las principales recomendaciones de la *Royal Commission on Long Term Care*. En segundo lugar, se muestra la respuesta que ofreció el gobierno escocés al informe que dio como resultado la citada Comisión. Por último, se analiza la aplicación del *Free Personal Care* en Escocia, atendiendo a diferentes cuestiones como el impacto en la financiación, en la provisión de cuidados y las quejas y los problemas de la puesta en marcha de la política.

En el capítulo 5 se exponen las principales características del marco institucional que hay en España con respecto a la dependencia. Primero se presentan las principales recomendaciones del Libro Blanco de la Dependencia y su propuesta de un Sistema Nacional de Dependencia utilizado para la elaboración de la Ley de Dependencia (LD). En segundo lugar se resumen las principales características de la aplicación de la LD, atendiendo a diferentes aspectos como las personas beneficiarias, la financiación o el tipo de prestaciones, y observando las diferencias que existen entre comunidades autónomas.

El sexto capítulo ofrece una visión general de los cuidados informales en Europa. Para ello, se hace especial hincapié en el papel que desempeñan las mujeres mayores y

en las consecuencias que tienen sobre los cuidadores/as informales y las labores de ayuda que realizan. El objetivo es investigar qué lugar ocupa el cuidado informal en el marco institucional de los países europeos.

La parte 3 de la tesis está constituida por el estudio empírico, en el cual, por medio de un análisis descriptivo y un análisis econométrico se examinan los factores que intervienen en el cuidado informal en España. Esta tercera parte está formada por los capítulos 7, 8 y 9, que se detallan a continuación.

En el capítulo 7 se abordan todas las cuestiones metodológicas. En primer lugar, se presentan los objetivos y las hipótesis a contrastar en la investigación. En segundo lugar se exponen los datos utilizados para el análisis. En tercer lugar, se explica el tratamiento que se le ha realizado a los datos para poder trabajar con ellos en los análisis descriptivo y econométrico. Por último, se exponen las principales características del modelo econométrico utilizado para analizar los datos: el modelo de regresión logística binaria.

En el capítulo 8 se presenta el análisis descriptivo en el que se estudian las principales características de los hogares con un dependiente en comparación con los hogares que no tienen dependientes. Concretamente, se analiza la composición de los hogares, el tipo principal de ingreso, el intervalo de ingreso mensual neto, la clase social a la que éstos pertenecen y las diferencias que existen con respecto a los aspectos mencionados según el sexo de la persona de referencia del hogar. Asimismo, se estudian las características de las personas dependientes y de las personas que son cuidadoras informales, atendiendo a su sexo, edad, nivel de estudios y actividad económica, entre otras características.

En el capítulo 9 se presenta el análisis econométrico. A lo largo de este capítulo se realiza la aplicación del modelo *logit* y se contrastan las hipótesis de la investigación. En primer lugar se elabora un estudio exploratorio que sirve para distinguir qué variables predictoras se relacionan estadísticamente con la variable criterio de cada modelo y decidir así cuáles son las más adecuadas. En segundo lugar, se analizan los resultados del Modelo 1, el cual se ha realizado para pronosticar el tipo de cuidado que reciben los dependientes a partir de las variables seleccionadas en el análisis exploratorio previo. En

tercer lugar, se analizan los resultados del Modelo 2, el cual se ha realizado para pronosticar qué variables condicionan —y de qué manera— el hecho de que una persona sea cuidadora informal de un familiar dependiente.

La cuarta y última parte de la tesis la compone el capítulo 10, donde se sintetizan las principales conclusiones de las distintas partes de la tesis y se contrastan las hipótesis de la investigación.



## **PARTE I: MARCO TEÓRICO**

Los objetivos de esta primera parte son: definir el objeto de estudio de la tesis, justificar la relevancia actual del análisis y mostrar la importancia que merecen las actividades de cuidados en la ciencia económica.

# Capítulo 1: El Trabajo de Cuidados

## 1.1.- Introducción

El trabajo de la mujer como objeto de estudio surge, amparado por la perspectiva de género, a finales de los años sesenta y principio de los setenta del siglo XX. Se empezó a introducir en los análisis con el objetivo de mostrar su importancia y darle el reconocimiento que merecía. Con esta declaración de la existencia del trabajo doméstico o reproductivo se cuestionaba el concepto de trabajo dominante (Carrasco, et al, 2011). En los años 90 del siglo XX, los estudios se centraron en mostrar que las tareas doméstico-familiares eran fuente de desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Además, se hicieron intentos de medición de estas desigualdades con datos sobre el uso del tiempo con los que se puso de manifiesto cuál era la carga total de trabajo y la existencia de una doble jornada laboral en el caso de las mujeres. En el siglo XXI, el debate se ha centrado en el planteamiento de políticas que ayuden a erradicar esas desigualdades. Desde una perspectiva de género ya consolidada y legitimada por su capacidad teórica-metodológica, el debate sobre cuidados se ha alejado del concepto de trabajo para centrarse en los límites del Estado del Bienestar. Para ello se ha utilizado el concepto impulsado por autoras anglosajonas *care* o *social care* (Torns, 2008; Carrasco et al, 2011).

Los modelos de Estado del Bienestar europeos se crearon tras la Segunda Guerra Mundial. Estaban basados en los trabajadores y en su creación no se tuvieron en cuenta las necesidades de cuidados que surgen a lo largo del ciclo de la vida. Dicha ausencia ha generado importantes problemas que actualmente se ven incrementados con el proceso de envejecimiento de la población. A continuación se detallan una serie de puntos claves de por qué no se incluyeron en su momento los trabajos de cuidados en el sistema (Benería, 1999; Bettio, et al., 2006; Torns et al., 2012):

1. Son realizados en su mayoría por mujeres en el ámbito privado de manera informal.

2. Cuando se realizan de manera formal se desarrollan en unas condiciones generalmente precarias. En este caso también son realizados por mujeres que normalmente son inmigrantes.
3. La visión económica mayoritaria solo ha tenido en cuenta la producción de bienes y servicios regulados por el mercado.

Desde hace tiempo, autoras europeas vienen denunciando el hecho de que la división sexual del trabajo que propicia el modelo tradicional de familia, estableciendo al hombre como ganador de pan y a la mujer como ama de casa, genera importantes desigualdades entre hombres y mujeres. Estas desigualdades son especialmente perjudiciales en el mercado de trabajo, ya que es en él donde se originan muchos de los derechos y deberes de la ciudadanía (Picchio, 1992; Carrasco, 2001; Torns et al., 2012).

En el campo de la ciencia económica el estudio de la producción no mercantil no ha estado presente hasta que en los años sesenta del siglo XX la economía feminista lo empezó a introducir. Concretamente se comenzó a analizar el trabajo no remunerado que realizan en su mayoría mujeres en el hogar y sobre el que se apoya la órbita mercantil (Durán, 1986, 1989a). En ese momento los estudios pusieron el énfasis en valorar el trabajo doméstico por su papel determinante en la reproducción de la fuerza de trabajo. En la actualidad los estudios se centran más en el trabajo de cuidados entendido desde dos puntos de vista. El primero, desde una visión macroeconómica, entiende que los cuidados son necesarios para que la vida continúe, ya que sin ellos ni las personas ni las empresas podrían subsistir. Este enfoque propone que si los gobiernos tienen como objetivo social y económico la calidad de vida de las personas, hay que incorporar este tema a los modelos macroeconómicos y a las políticas públicas. El segundo enfoque tiene una visión microeconómica y se centra en la desigual organización del tiempo y del trabajo que hay en los hogares. Estas desigualdades tienen una gran dimensión de género y constituyen una enorme cantidad de tiempo que influye en el bienestar de las personas. Sin embargo, los avances a este respecto son lentos, aún está en el imaginario colectivo que estos trabajos son una responsabilidad familiar, un asunto de mujeres, lo cual se traduce en que, sobre todo ellas, tienen importantes dificultades para organizar el tiempo y el trabajo. Situación que irá empeorando cada vez más con el proceso de envejecimiento de la población y la incorporación de las mujeres al mercado laboral (Carrasco, 2006).

A lo largo de este capítulo se define y delimita el objeto de estudio de la presente tesis doctoral: el trabajo de cuidados. El estudio de este concepto ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y esta evolución ha transitado desde los primeros esfuerzos del movimiento feminista por evidenciar la contribución socioeconómica e histórica del trabajo de las mujeres, hasta los estudios que analizan los límites de los Estados del Bienestar en torno a las necesidades sociales relacionadas con los cuidados.

La estructura del presente capítulo es la siguiente. En primer lugar, se profundiza en la definición de conceptos, partiendo de los primeros debates en torno al trabajo doméstico y finalizando con los últimos estudios referidos al concepto de *social care*. Posteriormente se aborda el concepto de crisis de cuidados y se analizan diferentes propuestas de medición y valoración del trabajo doméstico y de cuidados.

## **1.2.- El debate en torno al trabajo doméstico**

En los años ochenta del siglo XX se amplió el concepto de trabajo motivado por el debate entre el feminismo y el marxismo. En España, los estudios pioneros fueron los de María Ángeles Durán y Cristina Carrasco y los principales resultados de estos análisis pioneros sobre trabajo y mujeres fueron (Carrasco, 1989; Durán, 1989b):

1. Las mujeres son las principales responsables del trabajo doméstico.
2. Las mujeres son las protagonistas de la doble presencia.
3. El colectivo femenino se mantiene segregado ocupacionalmente en el mercado de trabajo.
4. Aumentan las discriminaciones laborales indirectas (discriminación salarial y acoso sexual).
5. Se amplía la polarización de las condiciones laborales entre los ocupados.

Con estos resultados se observa que las desigualdades de género no desaparecen, sino que se transforman. Y, además, estas desigualdades varían dentro del colectivo femenino dependiendo de otros factores como la clase social y la etnia.

El lento avance en estas cuestiones, se debe entre otras cosas, a que el trabajo que realizan las mujeres (cuidados y reproducción humana) no ha sido valorado por la sociedad. El origen de esta situación se encuentra en la industrialización (que promovió la división sexual del trabajo) y se vio reforzada por la asociación del capitalismo industrial con el sistema patriarcal. La fábrica era el único espacio donde el trabajo de producción de mercancías era reconocido como tal, sitio donde además la presencia masculina era mayoritaria. El trabajo femenino, al estar fuera de la fábrica no se reconocía y esta separación ocultó el trabajo de la producción humana y a las personas que lo realizan, las mujeres (Torns, 2008).

En Economía el debate se inició en los años sesenta del siglo XX desde dos puntos de vista encontrados. Por un lado, “la nueva economía de la familia” que seguía la tradición del paradigma neoclásico y no cuestionaba las desigualdades sexo/género. Y, por otro lado, el “debate sobre el servicio doméstico” que provenía de la tradición marxista y del pensamiento feminista. En esta tesis se profundiza en el segundo debate, debido a su planteamiento crítico con las desigualdades de género. Paralelamente a estos dos debates, se estudiaron cuestiones relacionadas con la cuantificación y la valoración del servicio doméstico (Carrasco, 2006).

El comienzo de la discusión sobre el trabajo doméstico estuvo motivado por dos factores principales. El primer factor tiene que ver con la incorporación de las mujeres al mercado laboral y a los cambios en los modelos familiares. En esta nueva etapa se empieza a ver el tiempo de las mujeres en términos de sustitución y valoración en función del trabajo asalariado. El segundo factor lo constituye el incremento de la oferta de bienes y servicios de mercado que podía sustituir a la producción doméstica. El aumento de este tipo de oferta impactó de dos maneras. Por un lado, incrementó la visibilidad del trabajo doméstico ya que, al existir sustitutos de mercado, es más fácil reconocer que el trabajo doméstico es un trabajo<sup>1</sup>. Y, por otro lado, impactó de forma que a partir de ese momento las mujeres con trabajo asalariado podían adquirir en el mercado los bienes que antes producían en el hogar (Himmelweit, 1995; Carrasco, 2006).

---

<sup>1</sup> No obstante, en el proceso de visibilización del trabajo doméstico quedó oculta la dimensión más subjetiva del cuidado (afectos, relaciones, soporte emocional).

En el “debate sobre el servicio doméstico” se utilizaron categorías que provenían del marxismo, como, por ejemplo, que el trabajo doméstico propiciaba la reproducción de la fuerza de trabajo. Asimismo, se identificó este trabajo con las tareas más específicas de limpieza, cocinado, etc. dejando de lado su contribución más subjetiva a la satisfacción de las necesidades de la población. Esta situación hizo que las feministas de la época criticaran la falta de análisis del conflicto de género. Sin embargo, a pesar de estas críticas, resultaba de interés reconocer que el trabajo doméstico poseía características similares al trabajo asalariado. Gracias a este debate se establecía que el trabajo doméstico era un trabajo, porque requiere tiempo y energía, forma parte de la división del trabajo y produce bienes y servicios que bajo otras relaciones de producción también se producen en el mercado. Por lo tanto, esta discusión tuvo importantes efectos positivos, como son: que se visibilizara el trabajo realizado en el hogar, que se mostrara que el hecho de que las mujeres no participen más del mercado de trabajo no atiende a preferencias personales y que se reconociera la participación fundamental que tiene el trabajo doméstico en la reproducción de la fuerza de trabajo (Carrasco, 1989; Benería, 1999; Carrasco, 2006).

Los estudios centraron sus análisis en poner de relieve la importancia que tiene el trabajo doméstico; mostrando las cualidades y capacidades específicas que se adquieren trabajando en el hogar. Estas cuestiones como la organización de la vida, no habían sido reconocidas oficialmente, por lo que las mujeres no han sido vistas como personas activas. El trabajo doméstico tiene como objetivo el cuidado de la vida y el bienestar de las personas, lo cual es totalmente diferente al clásico objetivo del “modelo masculino”, el beneficio. El “esquema producción-reproducción” que reproduce el sistema global y que comprende dos trabajos diferentes pero relacionados (la existencia de uno requiere del otro) fue criticado por los análisis feministas por la visión dicotómica que tiene este modelo. El problema de esta visión es que recuerda a la tradición liberal y separa los dos ámbitos: la organización social de la producción asalariada (espacio público con poder y reconocimiento social, reservado a los hombres) y la organización social de la reproducción humana (espacio doméstico exento de poder, reservado a las mujeres). Esta visión fue legitimada por el pensamiento económico clásico y después neoclásico que estableció como trabajo productivo la actividad realizada de forma remunerada en el mercado y, por lo tanto, al trabajo no remunerado del hogar como actividad sin categoría económica. En resumen, este debate fue útil para hacer visible el trabajo familiar doméstico. Pero, no obstante, reprodujo la dicotomía liberal que más adelante dificultó el

análisis desde el punto de vista del cuidado de la vida y el bienestar de la sociedad (Picchio, 1981; Picchio, 1992; Carrasco, 2006).

El término trabajo doméstico, entendido como las actividades tradicionales tales como coser, lavar, cocinar, limpiar, etc. ha sufrido numerosos cambios. La dificultad en la elección de una terminología radica en el hecho de que el objetivo último es la valoración en término monetarios. Por lo que la elección de unas u otras actividades, puede variar mucho la valoración y medición final. A continuación se detallan las definiciones más habituales (Carrasco, 2006):

1. “Trabajo de reproducción” o “trabajo reproductivo”: procede del esquema producción-reproducción. El objetivo de esta definición es reflejar todas las actividades desarrolladas en el hogar. Sin embargo acentúa la separación de los ámbitos público y privado, alejando el trabajo doméstico de la idea de productividad.
2. “Trabajo familiar doméstico”. Esta terminología pretendía incorporar el trabajo realizado fuera del ámbito familiar, como son los trabajos de coordinación entre el trabajo doméstico y los servicios que ofrece el Estado del Bienestar.
3. “Trabajo no remunerado”. Esta definición se utiliza con bastante frecuencia y es correcta, no obstante es poco precisa, ya que existen otros trabajos que no son remunerados como los trabajos de voluntariado o el trabajo de un miembro de la familia en una empresa familiar.

En definitiva, la mayoría de las autoras coinciden en la dificultad que existe en conceptualizar, medir y valorar el trabajo doméstico. No hay un acuerdo sobre el contenido y valor de este tipo de trabajos, lo cual hace que muchos estudios partan de diferentes conceptos y haya una falta de acuerdo en las mediciones del uso social del tiempo. Las dificultades parten del origen débil del concepto, de que el objeto de estudio tiene una escasa legitimación académica y se trata de un trabajo sin reconocimiento social y económico. Al final esta situación se traduce en falta de estadísticas oficiales sobre empleo del tiempo en términos económicos (Torns, 2008).

A pesar de todas estas dificultades de delimitación y definición, Torns (2008) realiza una definición del trabajo doméstico que resulta útil para trabajar con este

concepto. Concretamente, define el trabajo doméstico como “actividades<sup>2</sup> destinadas a atender y cuidar del hogar y la familia” (pp. 57-58). Esta definición implica que el trabajo doméstico tiene valor en: tiempo, dinero y bienestar cotidiano para la sociedad. Para Torns “el escenario físico y simbólico no sólo es el hogar sino también la familia” (p.58).

El hecho de que este trabajo tradicionalmente lo hayan realizado las mujeres ha facilitado la disponibilidad laboral de los hombres adultos de la familia. Además, ha proporcionado bienestar cotidiano a todos los miembros del hogar. Es importante mostrar esto y avanzar en acuerdos teórico-metodológicos; el objetivo es reorientar las políticas que se supone tienen que ayudar a reducir las desigualdades de género.

Además de la definición del trabajo doméstico, en Torns (2008) se muestran las siguientes características del trabajo doméstico.

1. Es un trabajo no remunerado y las personas que lo realizan, normalmente no lo reconocen como un trabajo. Asimismo está muy poco valorado socialmente, en la actualidad la mayoría de las jóvenes no quieren ser amas de casa. Las que aceptan este rol, suelen hacerlo bajo el pretexto de la crianza, que recientemente se está impulsado mucho con la idealización de la maternidad.
2. Es una actividad que está presente a lo largo de todo el ciclo de la vida. Varía según el volumen de tareas que tengan los hogares en cada momento, dependiendo de las necesidades de las personas dependientes, criaturas, personas ancianas, discapacitados, etc. Y también la carga de trabajo que sufren las mujeres varía según la clase y/o etnia de la persona. Normalmente lo soportan más las de la clase trabajadora.
3. Cuando el trabajo doméstico es asalariado se suele definir como servicio doméstico y se caracteriza por estar mal pagado, tener unas condiciones laborales deficientes y estar en la economía sumergida. Normalmente las trabajadoras son mujeres inmigrantes de países en desarrollo. En el pasado se trataba de inmigración que provenía de entornos rurales. Además, en España, se trata de la actividad femenina mayoritaria, tanto cuando el trabajo se realiza de manera formal como cuando se realiza de manera informal.

---

<sup>2</sup> Comprar, limpieza, preparación de alimentos, cuidados y a atención de criaturas y personas dependientes.



4. Este trabajo constituye un elemento fundamental en el bienestar de la vida cotidiana de las personas, su existencia permite la disponibilidad de trabajadores para el mercado laboral, por lo que es básico para la sociedad. En muchas ocasiones, los Estados del Bienestar, sobre todo los mediterráneos no ofrecen los servicios públicos necesarios para los cuidados de las personas dependientes. Esto obliga a las mujeres a asumir el déficit de cuidados. Por lo que es muy importante que se hagan estudios que defiendan la legitimidad del contenido y la existencia del trabajo doméstico; con el objetivo de revisar y reorientar las actuaciones y futuras políticas de los Estados.

En la actualidad, en Economía, con respecto al trabajo doméstico, existen dos visiones diferentes. Por un lado la visión económica dominante, que plantea que las necesidades se satisfacen con el dinero que se obtiene del trabajo remunerado, comprando en el mercado los bienes y servicios que se necesitan en el hogar. Y por otro lado, la economía feminista que pretende romper con el esquema producción/reproducción, para que los procesos de producción y el trabajo doméstico se entiendan como un solo sistema más complejo que tiene el objetivo de satisfacer las necesidades humanas y mejorar el nivel de vida (Carrasco, 2001; Carrasco, 2006).

### **1.3.- El trabajo de cuidados**

Conforme se han ido exponiendo las características y las diferentes definiciones del trabajo doméstico ha aparecido el término “trabajo de cuidados”. Esto es porque el trabajo doméstico incluye a los cuidados, entendidos éstos como un conjunto de necesidades que hay que satisfacer y no tanto como una serie de tareas concretas (Thomas, 1993). De esta forma, el análisis más profundo de las actividades desarrolladas en el hogar viene con el término “cuidados” que proviene de una traducción imprecisa del término del inglés *care* (Carrasco, 2006).

Carrasco (2006) expone cómo los cuidados poseen aspectos subjetivos que tienen que ver con la calidad de vida y el bienestar. Además hace hincapié en la importancia de valorar estas actividades, ya que son trabajos fundamentales para que la vida continúe.

Esta visión implica un cambio de paradigma en el que el eje central de la sociedad esté en las actividades que se realizan en el hogar y que permiten a las personas vivir y desarrollarse.

Las actividades de cuidados son muy necesarias para la vida humana, aportan cuotas importantes de bienestar, conocimiento, salud, afecto, etc. Además, los cuidados pueden ser físicos o afectivos (soporte emocional). Muchos cuidados físicos pueden ser mercantilizados o desarrollados por el sector público, ya que no siempre tiene por qué haber una relación afectiva. Sin embargo, las actividades con mayor dimensión subjetiva, son más invisibles, no se pueden categorizar mercantilmente y son más difíciles de catalogar (Thomas, 1993; Carrasco, 2006).

Dos clases de agentes intervienen en los cuidados: están las personas que ofrecen cuidados y las personas que lo reciben. Con respecto al primer tipo de agente, la perspectiva de género es fundamental, dado que el modelo tradicional de familia ha establecido a la figura del hombre como la perceptora de ingresos y a la de la mujer como ama de casa, las actividades de cuidados han sido y son realizadas en la mayoría de los casos por mujeres. De manera que, socialmente, se han atribuido ese tipo de responsabilidades en exclusiva a las mujeres y así se han visto abocadas a una situación de mayor precariedad laboral que los hombres, sufriendo una mayor pobreza relativa y bajo enormes tensiones en el intento de tratar de compaginar los distintos trabajos (De Pablos, y Gómez, 2006; Carrasco, 2009; De Pablos, et al., 2012).

Por otro lado, con respecto a personas que reciben cuidados, dentro del grupo de adultos dependientes nos encontramos con personas discapacitadas, enfermas, discapacitadas por envejecimiento y “dependientes sociales” que son, en su mayoría y de forma paradójica, hombres que no tienen ni la formación para cuidarse ni el deseo de hacerlo (Pérez, 2006b). Se observa que este tipo de trabajos tienen una dimensión inmaterial –afectiva– y una dimensión material, que se mide en unidades de tiempo y que supera ligeramente al total del tiempo dedicado por hombres y mujeres al trabajo remunerado (Picchio, 2005). Este tipo de actividades constituyen pues un proceso que refleja claramente la relación entre lo económico y lo social.

Tradicionalmente a los hombres se les ha permitido realizar sus actividades fuera del hogar, sin tener ninguna responsabilidad sobre los cuidados y esto ha fomentado la visión dicotómica de los espacios. Por el contrario, las mujeres están presentes en los dos espacios (trabajo de cuidados y trabajo remunerado), protagonizando así la doble presencia/ausencia. El colectivo femenino ha creado redes de mujeres para poder participar en los dos ámbitos. Debido a la idea de la sociedad dividida en dos, las redes de relaciones y cuidados sostenidos por mujeres han estado invisibles. No obstante, la realidad es otra, la separación de los espacios es falsa, ya que, por ejemplo, los servicios públicos se apoyan en los cuidados. Cuando una persona se enferma, normalmente necesita cuidados antes y después de la hospitalización. En estos casos, como en la mayoría, son mujeres las que se encargan de ofrecer los cuidados necesarios (Carrasco, 2006).

Torns et al. (2012) explica que los cuidados “constituyen un trabajo con el que afrontar y dar respuesta a las necesidades de cuidados y bienestar cotidianos de las personas que el sistema socioeconómico capitalista o bien no afronta o bien no resuelve de manera satisfactoria” (pp. 96-97). Asimismo, en Torns et al., 2012 se muestra como actualmente el cuidado informal que realizan las mujeres en sus hogares y en el voluntariado o en actividades comunitarias está cubriendo las necesidades sociales relacionadas con los cuidados. Al igual que en el trabajo doméstico, los cuidados los realizan mujeres de manera no remunerada. Esta situación es injusta y cada vez más insostenible, debido al aumento de las necesidades derivadas del envejecimiento de la población en las sociedades del bienestar.

El objetivo final es encontrar la manera de maximizar la calidad de vida de las personas que demandan cuidados y de las personas que ofrecen cuidados<sup>3</sup>. Pero para lograr ese objetivo es fundamental aclarar desde un principio cómo se van a repartir los costes monetarios y no monetarios entre los diferentes sectores e instituciones, empresas privadas, hombres y mujeres. Se trataría de romper el paradigma habitual en economía, incorporar el cuidado a los marcos analíticos para diseñar políticas públicas que tengan en cuenta este trabajo (Carrasco, 2006).

---

<sup>3</sup> Todas las personas somos potencialmente cuidadoras o dependientes.

#### 1.4.- El *social care*

El binomio ‘cuidados y dependencia’ ha hecho que en Europa se incluya el concepto del *social care* en las políticas públicas. Autoras como Jane Lewis y Mary Daly han profundizado en el estudio y la definición del *social care*. Abordando el concepto de cuidados como una herramienta analítica. Entienden los cuidados como una actividad que relaciona e interacciona el Estado, el mercado y la familia (junto con la comunidad). Partiendo de la definición de que los cuidados son las necesidades físicas y emocionales de adultos y niños/as dependientes, el *social care* plantea que el cuidado es un concepto multidimensional: 1) es un trabajo, 2) está dimensionado dentro de un marco normativo de obligaciones y responsabilidad y 3) entraña unos costes, tanto financieros como emocionales, que se extienden a través de las fronteras público/privadas. El enfoque es tridimensional, porque se analiza el marco normativo, económico y social en el que se asignan y son llevados a cabo los cuidados (Daly y Lewis, 2000; Vara, 2013b).

La literatura previa sobre los cuidados ha analizado éstos centrándose en un primer lugar en los aspectos relacionales del cuidado y en comparar entre las prestaciones y los servicios asociados a los cuidados de diferentes países. En segundo lugar, se ha avanzado hacia un marco de análisis que estudia los cuidados como un trabajo que puede ser remunerado o no remunerado, público o privado, que puede recibir ayudas monetarias o servicios y que pueden ser contractuales o no contractuales. En tercer lugar, se han estudiado como una forma de dependencia o autonomía. Y, también, se han planteado como una “economía mixta”: entre el Estado, mercado, familia y el sector del voluntariado. Sin embargo, el enfoque de Daly y Lewis (2000) tiene un novedoso planteamiento basado en tres puntos principales:

1. El concepto de cuidados es esencial para comprender la forma y la naturaleza de los Estados del Bienestar actuales.
2. Para que se considere adecuadamente el peso analítico que merecen los cuidados es necesario que se profundice más en las características analíticas del cuidado.
3. La significación creciente de los cuidados en los Estados del Bienestar. Y los cambios que se están produciendo: 1) desplazamiento del Estado como proveedor

de prestaciones monetarias y cuidados, al sector del voluntariado y la familia, y  
2) Implicación cada vez más amplia del sector privado.

Con el objetivo de facilitar el uso analítico de los cuidados, Daly y Lewis (2000) hacen un esfuerzo por conceptualizar los cuidados. En los inicios del estudio de los cuidados, se hizo patente la necesidad de demostrar cómo este tipo de actividades colocaban a las mujeres en una posición de clara desventaja frente a los hombres. Como el propósito de las autoras es llegar más allá, ellas intentan, sin perder de vista la dimensión de género, abordar también los componentes referidos a las necesidades y el bienestar personal. Con el concepto del *social care* logran englobar estos dos aspectos fundamentales y conseguir así un instrumento para realizar análisis más generales de los Estados del Bienestar. Las tres dimensiones principales del concepto *social care* que ya se ha avanzado son:

1.- Es un trabajo y por tanto, las condiciones en las que se desarrolle este trabajo merecen ser analizadas. De esto se deriva que es un trabajo que puede ser remunerado o no, formal o informal y nos lleva a plantearnos por tanto, cuál es el papel del Estado del Bienestar a este respecto<sup>4</sup>.

2.- Los cuidados se desarrollan en un marco normativo de obligación y responsabilidad. No son como cualquier otro trabajo, en el sentido de que se desarrollan bajo condiciones de relaciones y responsabilidades sociales y/o familiares. Así, el Estado del Bienestar con actuaciones referidas a este respecto va a influir en cómo se desarrollen los cuidados, cambiando o manteniendo conductas.

3.- Tienen costes financieros y emocionales que traspasan la frontera entre lo público y lo privado. Es decir, ¿en quién deben recaer los costes? ¿En el individuo, la familia o el Estado? ¿O un reparto entre ellos?

Basándose en estas tres dimensiones las autoras definen el *social care* como: “el conjunto de las actividades y las relaciones que intervienen en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de las personas adultas dependientes y de las niñas y

---

<sup>4</sup> En la Parte 2 de la presente tesis se profundizará en las cuestiones referidas a los cuidados en el Estado del Bienestar.

niños, y los marcos normativos, económicos y sociales en los que aquellas se asignan y se desarrollan” (p. 285).

Torns (2008) también aborda el papel de los cuidados en los Estados del Bienestar. Plantea que la incorporación del *social care* al sistema permite alcanzar unos resultados muy positivos<sup>5</sup>. El reconocimiento de los cuidados por parte de los Estados ayuda a poner de manifiesto el tiempo que exige el trabajo de cuidados, muestra que este trabajo tiene un perfil eminentemente femenino y, por tanto, acaba con la idea de que las mujeres no trabajan y evidencia que los cuidados aportan bienestar y calidad de vida a la sociedad.

Torns (2008) también estudia las similitudes que existen entre los conceptos *care* y “trabajo doméstico”. Los dos conceptos se han encontrado con grandes discusiones en cuanto a definición y contenido. Sin embargo, el concepto *care* ha adquirido mayor notoriedad, ha sido estudiado por teóricas del feminismo anglosajonas especialistas en bienestar y con perspectiva de género y además no se ha estudiado solo desde el punto de vista del trabajo. Torns (2008) matiza que la razón del éxito del *care* se debe a que el término y su aportación al bienestar es más asumible para la academia que la aportación del trabajo doméstico que sufre más rechazo y está más ligado a cuestiones relacionadas con precariedad, subordinación, sirvientes, mujeres inmigrantes, etc.

El *care* presenta una serie de características fundamentales. Como ya se ha explicado, es una actividad que en la mayoría de los casos la realizan mujeres, tanto si se produce en un ámbito público (en el mercado de trabajo o el voluntariado) como en la esfera privada (espacio doméstico-familiar). Además, es un trabajo que muchas veces se realiza bajo condiciones de obligación moral y la obligatoriedad puede ser más o menos consciente para la persona que lo lleva a cabo. Existen algunas opiniones que dicen que el cuidado es un rasgo esencial de la identidad femenina, suelen ser voces biologicistas, feministas de la diferencia o del psicoanálisis. Pero estas voces son contestadas por los argumentos de la antropología: los cuidados no siempre han sido asignados de esta manera y no ocurre lo mismo en todas las culturas. Además, no todas las clases sociales

---

<sup>5</sup>Asimismo, Torns (2008) también critica que muchas veces, en estos estudios se obvia el enfoque del *care* desde el ámbito del trabajo doméstico-familiar. Se suele reducir a la maternidad (amor y emoción) y se olvida el cuidado a personas mayores, dependientes, discapacitados, enfermos crónicos, etc. y sobre todo a los adultos masculinos (habitualmente el cónyuge). Cuando estas situaciones acarrearán condiciones duras de subordinación y obligación moral a las mujeres que cuidan.

actúan de la misma manera con respecto al trabajo de cuidados. De hecho la ida del cuidado como identidad femenina procede de la clase media de la cultura occidental (Carrasco, 2001; Folbre, 2006; Torns, 2008).

Las personas que trabajan sobre el concepto de *social care* ponen en evidencia las limitaciones políticas que existen, por lo que proponen nuevas formas de organización social del tiempo. Por ejemplo, en España, la Ley de Dependencia de 2006 fue un intento de apoyar al cuidado de las personas dependientes (Vara, 2014). El cuidado va a ser una herramienta clave en el futuro del trabajo femenino, se incrementará el empleo de servicios en la Unión Europea y éste será empleo femenino y precario. Situación que va a seguir aumentando dado el envejecimiento y la reducción de la natalidad. El cuidado a personas dependientes va a demandar servicios públicos y/o privados cuando los primeros no existan y el trabajo femenino en las familias no va a desaparecer, estará reforzado o sustituido por mujeres inmigrantes. Por lo que conviene que los cuidados sean reconocidos como trabajo porque facilitará la reivindicación de mejores condiciones laborales y alcanzar así mejores niveles de profesionalización en el servicio doméstico (Benería, 2008; Torns, 2008).

Los Estados del Bienestar no están cubriendo las necesidades de cuidados<sup>6</sup>. Las políticas basadas en derechos derivados del mercado de trabajo ignoran el trabajo doméstico, y el hecho de que éste permite la disponibilidad del “cabeza de familia”. Más aún si se tiene en cuenta que ese modelo familiar está en declive, el análisis del Estado del Bienestar desde la perspectiva de género implica la necesidad de incluir el *social care*. No obstante, existen diferencias según el modelo de Estado del Bienestar. Esping Andersen en 1990 definió tres modelos de Estado del Bienestar en Europa: escandinavo, continental y mediterráneo. Que a su vez se pueden clasificar en dos tipos (Torns, 2008, Torns et al., 2012):

1.- *Welfare models*: este modelo ofrece una protección social convencional. Las políticas públicas garantizan la protección social a través de los derechos del trabajador (cabeza de familia con empleo a tiempo completo).

---

<sup>6</sup> Un análisis más detallado del papel de los cuidados en los Estados del Bienestar europeos se realiza en el capítulo 3 de la parte 2 de la presente tesis.

2.- *Care models*: modelo basado en un sistema universal de organización social del cuidado para atender a las personas dependientes, criaturas y personas ancianas o discapacitadas. El bienestar se obtiene como derecho de ciudadanía, independientemente de la situación laboral y familiar. En este modelo, salvo el caso de Suecia, el estado provee cuidados sin ser el empleador directo. También hay casos de subcontratación de servicios o de dar financiación a las familias con dependientes. Por ejemplo, en Holanda y países católicos se produce un incremento de la intervención del tercer sector.

Estas diferencias entre modelos son especialmente notables en el modelo mediterráneo. Y más con la creciente feminización de las migraciones (mano de obra barata, flexible y dócil) en los países del sur Europa. Los cuidados de larga duración (LTC por sus siglas en inglés) recaen en las mujeres de la familia aunque cada vez hay más mujeres autóctonas con mayores expectativas laborales (Bettio, et al., 2006).

La UE aborda las políticas de conciliación, como si el asunto fuera un problema de mujeres y como si el cuidado fuera un problema privado. Por lo que es fundamental que haya un nuevo contrato social entre géneros. Una organización social de cuidado con mayor equidad democrática entre hombres y mujeres. Hace más de diez años que especialistas en políticas de bienestar (Lewis, 1998) reclaman una organización social del cuidado. El incremento del envejecimiento de la población está haciendo esta situación cada vez más urgente y las mujeres siguen siendo quienes están soportando la situación dentro y fuera de la casa. Es una situación de crisis de sostenibilidad de la vida.

Daly y Lewis en 2000 fueron pioneras estableciendo los cuidados como categoría analítica básica para analizar los Estados del Bienestar con el *social care*. Con su definición del care como un conjunto de actividades y relaciones de carácter material, afectiva y simbólico, vinculados a las necesidades de cuidados de criaturas y personas adultas reconocidas como dependientes y el marco normativo que regula la organización socioeconómica donde tienen lugar tales actividades y relaciones. Este concepto de *social care*, plantea un análisis del concepto tanto a escala micro como a escala macro (tabla 1.1). Permite tener una herramienta para realizar una tipología de modelos, por un lado, con la escala macro, se aborda el modelo en general y, por otro lado, con la escala micro se pone la atención en aspectos relacionados con algunos países de cada modelo.



**Tabla 1.1: El concepto de *social care***

	ESCALA MACRO	ESCALA MICRO
<b>Referencia conceptual</b>	División del cuidado (trabajo, responsabilidad y coste) de niños y niñas y personas adultas ancianas o enfermas entre el Estado, el mercado, la familia y la comunidad.	Distribución del cuidado (trabajo, responsabilidad y coste) entre las diferentes personas en el seno de la familia y de la comunidad, y carácter de apoyo del Estado a los cuidados y a las personas cuidadoras.
<b>Indicada empíricamente por</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La infraestructura de cuidados (servicios y prestaciones monetarias).</li> <li>- La distribución de la provisión de cuidados entre los diferentes sectores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quién cuida.</li> <li>- Quién recibe las prestaciones y servicios disponibles, cualesquiera que estos sean.</li> <li>- Qué tipo de relaciones existen entre la persona cuidadora y la receptora de cuidados.</li> <li>- Bajo qué condiciones económicas sociales y normativas se desarrollan los cuidados.</li> <li>- Los patrones de actividad económica de las mujeres en edad de cuidar.</li> </ul>
<b>Trayectorias de cambio</b>	Más/menos: Estado, mercado familia, comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una modificación en la distribución de la actividad de cuidados.</li> <li>- Una modificación en la identidad de las personas cuidadoras.</li> <li>- Una modificación en las condiciones bajo las cuales se desarrollan los cuidados y en el carácter del papel del estado en relación a las mismas.</li> <li>- Una modificación de las relaciones entre la persona cuidadora la receptora de cuidados.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Daly y Lewis, 2000.

Daly y Lewis (2000) proponen que a la hora de definir el concepto de cuidados es conveniente superar una serie de dicotomías existentes en la literatura previa, las cuales fragmentan el concepto de cuidados de distintas formas, como por ejemplo entre: sector formal/informal; cuidados a niños y niñas/cuidado a mayores; remunerados/no remunerados. Para abarcar en su totalidad el concepto de cuidados es conveniente

plantearlo desde un punto de vista que englobe todas las actividades que de manera transversal abordan el concepto. Hasta ahora los estudios académicos feministas se han centrado en la influencia que tienen las actividades de cuidados en la (in)dependencia y el bienestar de las mujeres, con este nuevo planteamiento se persigue ampliar el estudio y conseguir que los cuidados tengan un espacio dentro de la economía política del Estado del Bienestar (Daly y Lewis, 2000).

Esta perspectiva nace para resolver el problema de que el modelo social europeo nunca consideró la organización social de los cuidados ni los servicios de cuidados de larga duración a personas mayores como derechos universales, cuando sí se los reconocía a la sanidad y la educación. El resultado de esto es que se han resuelto estos servicios de manera informal o con el voluntariado, lo que se traduce en precariedad laboral o subordinación extrema (Torns et al., 2012). Esta situación ha llevado a las sociedades a un escenario de crisis de cuidados, que se aborda en el siguiente apartado.

## **1.5.- Crisis de cuidados**

En la actualidad y desde hace bastante tiempo, los países desarrollados están en una situación de “crisis de cuidados”, un problema socioeconómico de primer orden al que no se le está prestando la atención suficiente. Los factores desencadenantes de esta situación son fundamentalmente tres (Benería, 2008):

1º.- La incorporación de las mujeres al mercado laboral de manera generalizada. Situación que no ha venido acompañada de una incorporación, en la misma proporción, de los hombres a la realización de los trabajos de cuidados.

2º.- Cambios en los modelos familiares: nuevos tipos de hogares, reducción de su tamaño, etc.

3º.- El envejecimiento de la población. El descenso de los índices de natalidad y el aumento de la esperanza de vida están cambiando fuertemente la estructura poblacional en los países europeos, con lo que la demanda de cuidados se ha incrementado y todo parece indicar que se mantendrá esta tendencia.

Profundizando en el tercer factor, se observa que en el mundo, la labor de cuidar a las personas mayores la realizan en su mayoría mujeres y estas actividades se ejecutan,

en muchos casos, dentro de las familias y de manera no remunerada. Los hombres reciben más cuidados por parte de sus parejas que las mujeres, mientras que ellas reciben mayores atenciones por parte de otras mujeres de la familia. Además, cuando estas actividades son remuneradas, las condiciones suelen ser muy precarias. Este sistema se está tambaleando, sobre todo porque las necesidades de cuidados están aumentando con mucha velocidad. Las estructuras organizativas de atención a mayores se han adaptado mal a las nuevas demandas; los esfuerzos para combinar las instituciones que ofrecen atención y cuidados han resultado difíciles, los recursos económicos son insuficientes y las condiciones económicas de quienes realizan los servicios de atención son pobres (Stark, 2005).

La organización social del cuidado a personas mayores ha dependido a lo largo de la historia de la estructura de las familias, la dimensión de la propiedad, los sistemas hereditarios, etc., en definitiva, de la capacidad y la disposición de los familiares a cuidar de ellos. Concretamente, en la mayoría de los casos han sido las hijas menores solteras las encargadas de los cuidados. En caso de ausencia de hijas, son las instituciones las que en teoría deben hacerse cargo. Además, el papel de las mujeres mayores como cuidadoras es muy importante, en muchas familias en las que la mujer tiene un trabajo remunerado, hay una señora mayor viuda a cargo de los cuidados de los nietos/as de la familia. Algunas de estas cuestiones han sido asumidas por el Estado del Bienestar, pero la mayoría siguen desempeñándose en el sector privado, mayoritariamente por mujeres (Thane, 2010; Carrasco, et al., 2011).

A continuación se exponen las principales consecuencias de la crisis de cuidados. Dado que, en general, los hombres no se han incorporado a la realización de trabajos de cuidados (en España el 80% de los trabajos de cuidados son realizados por mujeres), el colectivo femenino ha tenido que buscar sus propias estrategias, reduciendo su jornada laboral o asumiendo la llamada “doble jornada laboral” (). Asimismo, se ha distribuido el problema dentro del grupo poblacional femenino. Por un lado, ha habido una redistribución intergeneracional entre las mujeres de la familia; las abuelas han sido uno de los recursos más utilizados. Sin embargo, la presión que conlleva este tipo de responsabilidades puede llegar a acarrear problemas graves de salud para las mujeres mayores; concretamente el denominado “síndrome de la abuela esclava”. Por otro lado, se ha producido un reparto por clase y etnia, ya que sólo las familias de clases media-alta y alta pueden permitirse recurrir al mercado para contratar algunos de los servicios de

cuidado. Además, este sector se caracteriza por contar con unas condiciones laborales precarias y emplear en la gran mayoría de los casos a mujeres, de las cuales un porcentaje importante son inmigrantes. Lo cual está relacionado con las llamadas “cadenas globales de cuidados”, generadas por los procesos de la transnacionalización de los cuidados (Pérez, 2006a; Benería, 2008).

Se observa que el modelo tradicional de organización de cuidados se está rompiendo y, por tanto, es necesario un replanteamiento del modelo socioeconómico desde nuevos puntos de vista. En primer lugar, desde un punto de vista microeconómico, referido a los miembros de la familia, al reparto de trabajos de cuidados entre hombres y mujeres y entre generaciones. Y, en segundo lugar, a nivel macroeconómico, analizando cuál es el papel en este nuevo modelo de las distintas instituciones: la familia, el Estado, los mercados y la sociedad civil. Este replanteamiento se lo han hecho ya la mayoría de los países europeos, en mayor o menor medida según el grado de envejecimiento demográfico de su población, el nivel de equipamientos y servicios públicos que puedan asumir parte del trabajo de reproducción y la voluntad política (Letablier, 2007).

En definitiva, todos los avances en esta materia van a depender de la riqueza del país, el grado del desarrollo del Estado del Bienestar y del poder de la ciudadanía, en concreto de las mujeres. Lewis, en 1998, afirmó que el *social care* es una reformulación de los derechos y los deberes de la ciudadanía. En el caso de España, vemos el origen de estos planteamientos en las nuevas necesidades sociales, como han sido los cambios demográficos y la reducción de la natalidad junto con el envejecimiento de la población (Carrasco, et al., 2011).

Uno de los mayores retos de esta crisis son los servicios de cuidados de larga duración. Incorporar estos servicios al sistema presenta una serie de dificultades; el cuidado informal ha estado ausente del modelo social europeo, tiene conflictos de clase, género, etnia y generación, y prevalece en el imaginario social la hegemonía masculina y el contrato social entre hombres y mujeres. Por ejemplo, la salida de la crisis está trayendo consigo recortes en servicios públicos donde hay más empleo femenino, la alternativa a la crisis está reforzando la división sexual del trabajo, y se prefiere el aumento del crecimiento económico al aumento de la participación masculina en el trabajo de cuidados (Torns, et al., 2012; Ruesga, 2014; Castaño, 2015; Cantó, et al., 2015).

En España, la crisis económica truncó el único intento de organización social del cuidado con servicios públicos que se había hecho hasta el momento. La llamada Ley de Dependencia, aunque con importantes déficits, introducía por primera vez las necesidades de los dependientes como derechos básicos del Estado del Bienestar. Lamentablemente, las sucesivas reformas y recortes de dicha ley no generaron la misma respuesta en la población que la que generaron los recortes en sanidad y educación, sectores del Estado del Bienestar mucho más consolidados y que las personas tienen asumidos como derechos universales (Vara, 2014). Asimismo, los recortes en estas materias incrementan las desigualdades de género en el mercado de trabajo; los recortes en servicios públicos repercuten en un aumento del trabajo de cuidados realizado por mujeres, y en muchos casos por mujeres inmigrantes en situación irregular y en la economía sumergida (Torns et al., 2012; Castaño, 2015; Cantó, et al., 2015). De esta forma, mientras los gobiernos se mantienen alejados de las necesidades de la ciudadanía, las personas dependientes siguen demandando cuidados, y son en la mayoría de los casos, las mujeres de la familia las que de manera informal los están proveyendo.

Para concluir, cabe señalar, que los cuidados de larga duración a personas mayores dependientes constituyen un gran reto para los países de Europa Occidental, la forma en que los Estados del Bienestar se adapten a las nuevas circunstancias determinará la capacidad de innovación de estos sistemas. La dependencia crea una situación de riesgo social que los sistemas de Estado del Bienestar no han sabido solucionar, más aún, en un contexto en el que las necesidades de cuidados de personas dependientes no están siendo cubiertas y el número de dependientes crece. Se ha visto como los seguros públicos para enfermos crónicos no son suficientes para afrontar los altos costes de los cuidados de larga duración y los servicios sanitarios públicos están muy concentrados exclusivamente en las fases más agudas de las enfermedades y no para periodos más largos de tiempo. Diversos factores como el incremento del número de dependientes, la progresiva disminución de redes familiares de cuidados y el aumento de la actividad laboral femenina junto con la inecuación de los programas de cuidados de larga duración y su escasa financiación, describen una realidad que necesita de soluciones urgentes (Pavolini y Ranci, 2008).

## 1.6.- Propuestas de medición y valoración de los cuidados

A pesar de la falta de acuerdo en cuanto a la definición del trabajo doméstico y los cuidados, se han realizado importantes esfuerzos para medirlos (Folbre, 2006). Fundamentalmente, se ha buscado la forma de contabilizarlo para medir su aportación económica. Este objetivo proviene de la lógica mercantil existente en la cultura occidental y porque contabilizar y medir suelen ser sinónimos en ciencias sociales. Las primeras propuestas de contabilización surgieron de la conferencia de Naciones Unidas celebrada en Pekín en 1995, en la que se propuso la realización de cuentas satélites. No obstante, ya en 1934 Margate Reid, aunque desde una visión neoclásica, denunció que no se tuviera en cuenta la producción doméstica en la contabilidad nacional, incluso llegó a crear un método, pero lamentablemente no tuvo ninguna repercusión. En 1999 Benería fue de las primeras en denunciar que los esfuerzos por contabilizar el trabajo doméstico no estaban dando sus frutos porque el trabajo de las mujeres está muy infravalorado. Además insistió en que medir el trabajo doméstico no debe ser un fin en sí mismo, sino un medio para estudiar qué contribuye al bienestar social y de esta manera saber cómo alcanzarlo. En España, las autoras más importantes a este respecto son María Ángeles Durán (1995), Cristina García y Susana García (2000) y Cristina Carrasco et al. (2004).

Cuando se intentan medir cuestiones cualitativas siempre surgen algunos inconvenientes. Normalmente, se tiende a tener en cuenta sólo las tareas más evidentes, dejando fuera por ejemplo, cuestiones tan importantes como el “*managment familiar*”. Asimismo, los desacuerdos en la definición del concepto, hace que muchas veces, se queden fuera de la medición aspectos significativos. Por otro lado, el hecho de que hombres y mujeres entiendan de manera diferente el trabajo doméstico, puede dar resultados alejados de la realidad (Torns, 2008).

El tiempo ha sido una variable clave para incrementar la visualización del trabajo doméstico. En los años 90 del siglo XX con el auge de la sociedad de consumo y el incremento de políticas de bienestar se generalizó el uso de este tipo de mediciones. En 2008 Eurostat estableció unos criterios generales para estadísticas del uso de tiempo en Europa. En España María Ángeles Durán (1991) ha sido la pionera en estos temas. El Instituto Nacional de Estadística Español (INE) ha realizado dos encuestas de empleo del tiempo (EET) hasta la fecha, una publicada en 2004 con datos de 2002-2003 y la siguiente

publicada en 2011 con datos de 2009-2010 en la que ya se utilizaban los criterios armonizados de Eurostat.

Las mediciones de empleo del tiempo presentan una serie de características e inconvenientes (Torns, 2008):

1. Para recoger la información se suele usar el tiempo en horario porque esa atribución se ajusta más a la contabilización.
2. Presenta dificultades por los problemas que existen a la hora de consensuar y legitimar, previamente al estudio, el concepto de trabajo y bienestar. A esta circunstancia se suma la dificultad de homogeneización cuando se estudian diferentes países, culturas, etc.
3. Las estadísticas sociales suponen un importante coste económico el cual no todos los países están dispuestos a asumir.

Independientemente de estos inconvenientes, las encuestas de empleo del tiempo han alcanzado dos logros muy importantes: señalar quién realiza el trabajo doméstico y quién lo aprovecha. Los principales resultados de estos estudios muestran que la carga total de trabajo esta desigualmente distribuida entre hombres y mujeres, sobre todo en los países del sur de Europa, siendo los escandinavos más igualitarios. Las mujeres dedican más horas al trabajo doméstico, y esto es importante saberlo porque el objetivo final es promover un mayor bienestar cotidiano en la ciudadanía. Y para eso la igualdad de género es imprescindible (Torns, 2008; Meil y Rogero, 2012).

La organización temporal en las sociedades del bienestar perjudica a las mujeres adultas por estar regulada en clave productivista y masculina. Serían adecuadas medidas del tiempo de corte cualitativo para analizar la duración y la experiencia temporal a lo largo del ciclo de la vida, por ejemplo el estudio de varias generaciones de una misma familia (Torns, 2008).

Por su carácter subjetivo, resulta difícil incorporar métodos de medición y valoración del trabajo de cuidados. No obstante, las unidades de medida que se suelen utilizar son de tiempo y monetarias. Los trabajos sobre la organización y el control del tiempo ya se utilizaban para analizar la producción industrial capitalista en los que se

estudiaba la elección entre trabajo mercantil y ocio<sup>7</sup>. Al incorporar el enfoque de género, se amplía el marco con factores no monetarios, recuperando un tiempo no mercantilizado. Son “tiempos generados de la reproducción”: cuidados, afectos, mantenimiento, gestión y administración doméstica, relaciones, ocio, etc. En palabras de Carrasco (2006) “más que tiempo medido y pagado, son tiempo vivido, donado y generado” (p.49). Permite poner de manifiesto las relaciones de poder y la desigualdad de género que hay detrás de la forma mercantil de medir el tiempo (Carrasco, 2006).

Los diarios de uso del tiempo permiten cuantificar el tiempo dedicado por hombres y mujeres al trabajo del hogar, lo cual es una expresión numérica de las desigualdades derivadas de la división sexual del trabajo. Además hacen visible el trabajo global realizado por las mujeres y el tiempo total del trabajo familiar domestico requerido por nuestra sociedad para existir. Los intentos de valoración del trabajo doméstico pretenden dar expresión monetaria a dicha actividad a partir de las unidades de tiempo. El objetivo último es incorporarlo a las cuentas nacionales. Para medir (en tiempo) y valorar (en unidades monetarias según su referente salarial) es necesario definir qué actividades son trabajo. Reid en 1934 definió que una actividad es trabajo doméstico si su producto puede ser consumido o beneficiar a una persona diferente del que la realiza. Esta intercambiabilidad, es una condición mercantil, por lo que se vuelve a utilizar un referente mercantil masculino para representar la complejidad de las tareas domésticas, dejando de lado los aspectos de relación y afecto. De estas cuestiones se deduce que no sólo hacen falta servicios y bienes producidos por el mercado, sino que habría que replantear el sistema en su conjunto. Por ejemplo adaptando los horarios del mercado de trabajo a las necesidades de cuidados de niños y niñas y de adultos dependientes. En definitiva, los diarios de uso del tiempo son un importante esfuerzo para hacer visible el trabajo de las mujeres y poner sobre la mesa las desigualdades de género, pero impiden recoger la complejidad de las diferentes dimensiones del cuidado.

Carrasco (2006) realiza un análisis muy interesante sobre los dos tipos de limitaciones de los diarios de uso del tiempo<sup>8</sup> que considera más importantes. En primer

---

<sup>7</sup> Mincer en 1962, incorporó a la elección el trabajo doméstico, pero refiriéndose solo a las mujeres casadas.

<sup>8</sup> Información sobre cómo han distribuido las personas su tiempo entre diferentes actividades a lo largo de un día.



lugar, se detallan las limitaciones intrínsecas a la propia concepción del diario como instrumento de recogida de información<sup>9</sup>.

1. La información de los diarios no son producto de decisiones libres ni aspiraciones de la organización de la propia vida, sino resultado de condicionamiento sociales previos. Las mujeres están condicionadas por la tradición patriarcal, el tipo de hogar en el que vivan (clase social, si hay personas dependientes, si tiene una red de mujeres, etc.), la oferta de servicios públicos a los que pueden recurrir y las características del mercado de trabajo. Hombres y mujeres están condicionados de forma diferente. Las mujeres al decidirse por un empleo u otro no están maximizando sus decisiones. Las instituciones, la ideología, y las condiciones materiales determinan las decisiones individuales. Por lo que conviene matizar que la información que ofrecen los diarios es sobre cómo han organizado su tiempo de forma desigual hombres y mujeres.
2. La información de los diarios solo capta la dimensión más objetiva de las actividades, las que se pueden medir y cuantificar. Esto tiene una serie de repercusiones: 1) no recoge las tareas de gestión, organización y responsabilidades, ya que éstas no suelen tener asignado un tiempo concreto (esta cuestión contrasta con cómo en las empresas la responsabilidad se valora y da prestigio social); 2) no recoge las cuestiones de relación, atención psicológica y sostén emocional y afectivo. Cuidar también es un estado mental, significa responsabilidades, organización y disponibilidad continua. Estar pendiente de, es tiempo potencial y este es un trabajo de cuidados imposible de captar; 3) no se tiene en cuenta el cuidado a personas adultas sanas (mujeres que cuidan de hombre y mujeres adultos en el hogar). Tradicionalmente las mujeres se veían como dependientes de los hombres por el tema económico. Pero ahora se pone de relieve que los hombres dependen de los cuidados de las mujeres. Las mujeres les están dando tiempo que ellos pueden utilizar para desarrollar otras potencialidades<sup>10</sup>. ¿Qué ha visibilizado el término dependencia? La incorporación de las mujeres al mercado laboral y el envejecimiento de la población. A partir de este momento

---

<sup>9</sup> De estas limitaciones se deduciría que los diarios de uso del tiempo no son una buena herramienta.

<sup>10</sup> En las EET se observa como los hombres dedican más tiempo a ocio, deportes, leer la prensa o actividades de informática.

se empieza a ver que la dependencia de las personas mayores es un problema social. Antes era algo que simplemente hacían las mujeres.

3. La información de los diarios no reflejan todos los conflictos de organización del tiempo derivados de las necesidades de cuidados. La tensión que representa sobre todo para las mujeres la organización de los tiempos de vida y trabajo, provocada por la combinación de actividades (trabajo familiar doméstico y trabajo mercantil). Esto implica la doble presencia o doble presencia/ausencia y origina los problemas de techo de cristal. Por otro lado, los conflictos de organización del tiempo que tienen que ver con las restricciones horarias que implican los cuidados (tener que estar en casa porque llegan los hijos/as del colegio). Además de la situación de estar disponible o vigilante (ejemplo: cuando una criatura está durmiendo no se recoge en los diarios).

En segundo lugar, existen las limitaciones por una mala utilización de la metodología<sup>11</sup>. La primera de las limitaciones tiene que ver con los problemas de las simultaneidades. En la EET 2002-2003 publicada por el INE en 2004, los diarios recogen “actividad principal” y “actividad secundaria” y la tendencia de la mayoría de las personas entrevistadas es a no situar las tareas de cuidados ni como actividad primaria ni como actividad secundaria. Además en los ejemplos de actividades secundarias que elabora el INE para una correcta realización del cuestionario no introducen esta actividad como un ejemplo de actividad secundaria. La segunda limitación está relacionada con la forma de recoger la información. Se observa que hay un sesgo importante que induce a que las actividades de vigilancia de niños/as no se reconozcan como trabajo de cuidados, con lo cual esta actividad queda disimulada. Además, a partir de los 10 años no se considera que necesiten cuidados. En la EET 2009-2010 publicada por el INE en 2011 se corrigieron algunos de estos problemas, no obstante, el cambio más significativo fue la incorporación de los apartados “Cuidados físicos de adultos dependientes miembros del hogar”, “Otras ayudas a adultos dependientes miembros del hogar” y “Ayudas a adultos miembros del hogar no dependientes”.

En la tabla 1.2, los datos referidos a 2004 muestran que diariamente las mujeres dedican más del doble de tiempo que los hombres al apartado de hogar y familia. Seis

---

<sup>11</sup> Este tipo de limitaciones se podrían superar con una correcta utilización de la herramienta.

años después, la información de 2011 muestra que aunque la diferencia se reduce un poco, la tendencia se mantiene, las mujeres continúan dedicando mucho más tiempo que los hombres a estas tareas. Además, los porcentajes de participación en las dos encuestas son muy parecidos, un 70% de los hombres dedican tiempo al hogar y la familia de frente al 90% de las mujeres.

**Tabla 1.2: Porcentaje de personas que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media diaria (DMD) en horas y minutos dedicada a la actividad**

	EET-2004				EET-2011			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	%	DMD	%	DMD	%	DMD	%	DMD
<b>Cuidados personales</b>	100,0	11:24	100,0	11:21	100	11:33	100	11:26
<b>Trabajo remunerado</b>	43,3	8:22	25,2	6:51	38,7	7:55	28,2	6:43
<b>Estudios</b>	13,3	5:18	14,0	5:09	12,5	5:13	12,7	5:5
<b>Hogar y familia</b>	70,0	2:08	92,7	4:45	74,7	2:32	91,9	4:29
<b>Trabajo voluntario y reuniones</b>	9,5	1:54	15,1	1:46	9,4	2:10	14,8	1:51
<b>Vida social y diversión</b>	66,2	2:18	67,4	2:09	56	1:54	59,3	1:43
<b>Deportes y actividades al aire libre</b>	42,7	2:12	38,1	1:43	42,7	2:3	36,9	1:40
<b>Aficiones e informática</b>	23,0	1:59	13,0	1:35	35,6	2:5	23,9	1:38
<b>Medios de comunicación</b>	86,8	2:48	86,0	2:28	88	3:6	88,7	2:49
<b>Trayectos y empleo del tiempo no especificado</b>	86,9	1:27	81,0	1:21	86,8	1:25	81,6	1:21

Fuente: INE. Encuesta de Empleo del Tiempo 2004 y 2011. Elaboración propia.

## **Capítulo 2: Los Cuidados en el Pensamiento Económico**

### **2.1.- Introducción**

En este capítulo se realiza un recorrido por las distintas escuelas de pensamiento económico, atendiendo a cómo éstas han abordado el papel de las actividades de cuidados en la economía y cuál ha sido su relación con los distintos agentes económicos. Concretamente, se muestra cómo la economía ortodoxa ha centrado la mayoría de sus estudios en la producción de mercado, dejando al margen de su análisis trabajos que se realizan fuera de éste y que no están monetizados. También se analizan los planteamientos de la Economía Feminista con respecto a las actividades de cuidados.

Este repaso es fundamental para recuperar visiones y herramientas de la complejidad de los sistemas económicos. Además, permite entender por qué éstas actividades que, en la actualidad gozan de bastante importancia, tradicionalmente no han sido objeto de estudio de la Economía. En definitiva, se plantea que, aunque muchas veces la economía convencional se ha desvinculado del estudio de las actividades de atención y cuidados, la realidad muestra que estas actividades están presentes en los procesos económicos relacionados con la reproducción social. Partiremos de la teoría de los salarios de Adam Smith, pasando por el análisis del mercado de trabajo de Ricardo, hasta llegar a los últimos trabajos de economistas feministas que relacionan las actividades de cuidados con conceptos como la sostenibilidad de la vida.

El capítulo está formado por cinco apartados precedidos por esta introducción. En el primer apartado se estudia la relación entre la ciencia económica convencional y las actividades de cuidados. En los dos siguientes apartados se analizan los autores clásicos que abordaron el rol socioeconómico de las mujeres desde un punto de vista crítico y el marco histórico en el que desarrollaron sus teorías. Finalmente, los dos últimos apartados exploran el surgimiento de la Economía Feminista y su estudio del trabajo de cuidados.

## **2.2.- La ciencia económica convencional y las actividades de cuidados**

En líneas generales, la escuela clásica no consideraba a las mujeres como agentes económicos. Salvo el autor John Stuart Mill, la mayoría de los economistas clásicos excluyeron el trabajo de las mujeres de sus análisis. El predominio de la consideración de las mujeres como agentes “no-económicos” y “no-trabajadoras” logró evitar cualquier intento de incorporación del trabajo femenino en las investigaciones. Sin embargo, esta concepción no se correspondía con la realidad; en la época en la que la economía clásica se desarrolló, con el trasfondo de la industrialización, las mujeres tuvieron un papel muy activo como trabajadoras en las fábricas.

El propósito de comenzar el análisis en esta época es el de mostrar cómo esta visión del trabajo de las mujeres ha influido en el desarrollo posterior de la ciencia económica. Este apartado se centra en los aspectos que tienen que ver con el mercado de trabajo en las teorías clásicas. Y el objetivo es analizar el porqué de una situación que debería cambiar dentro de la Economía.

Resulta interesante observar cómo, a pesar de que el trabajo femenino no contó con la consideración necesaria, en la teoría clásica se hacía evidente la relación entre la producción de bienes y la producción de personas, vínculo que en el desarrollo de las posteriores teorías se perdió. Principalmente, en el paso a la doctrina del fondo de salarios y ya, definitivamente, con el desarrollo de la economía neoclásica, el vínculo entre la producción de bienes y la producción de personas, desapareció de las teorías económicas. Asimismo, el análisis clásico creó todo un marco de análisis que permitía, explicaba y legitimaba el mercado de trabajo segregado por sexos (Mayordomo, 2000).

Adam Smith analizó el mercado de trabajo construyendo una teoría de salarios producto de un conjunto de diferentes teorías de salarios anteriores. El resultado de este compendio de teorías concluyó en el planteamiento de que los propietarios o capitalistas disponen de un fondo de salarios con el que adelantan la remuneración a los trabajadores, o lo que es lo mismo, lo necesario para su subsistencia. Por tanto, con esta afirmación, Smith estaba mostrando que defendía el interés y el beneficio, ya que eran una recompensa justa por ese adelanto al trabajador. El autor deja claro aquí su apoyo al

sistema capitalista y es a partir de esta teoría, por donde años más tarde, Marx desarrollo su hipótesis de la plusvalía y la explotación capitalista. Para Smith el tipo salarial lo determina el patrón, el cual tiene mayor poder de negociación, reconociendo así, y sin ponerla en duda, la existencia de una distribución desigual de este poder (Picchio, 1992; Mayordomo, 2000).

En la determinación del nivel salarial que planteó Smith podemos observar la clara relación que subyace a este proceso entre la reproducción de población y el proceso de producción de bienes.

“Un hombre ha de vivir siempre de su trabajo, y su salario debe al menos ser capaz de mantenerlo. En la mayor parte los casos debe ser capaz de más; si no le será imposible mantener a su familia, y la raza de trabajadores se extinguiría pasada una generación” (Smith, 1776 pp. 112-113)

Se observa que para Smith, las características que debe cumplir un salario, descansan sobre la división sexual del trabajo. Además, viene determinado por un principio demográfico, exógeno al fin y al cabo, que garantice la procreación y reproducción humana, omitiendo claramente el tema del poder negociador del patrón.

Lo importante de esta visión es destacar cómo el concepto “smithiano” del salario tiene un carácter reproductivo implícito. Muestra cómo la unión entre la esfera de reproducción mercantil y la esfera de reproducción humana la representa el salario, que por un lado simboliza el coste de reproducción de la empresa, y por otro lado, el coste de reproducción familiar. Al final, el salario asegura la reproducción del sistema económico-social. Además, de este análisis, Smith deduce que si el salario baja mucho con respecto a los beneficios, se podría llegar a extinguir la mano de obra, y en cambio, si el salario se incrementa mucho con respecto a los beneficios, no habría capital para el fondo de salarios y se ahogaría así el sistema económico (Mayordomo, 2000). Picchio en 1992, plantea que Adam Smith era consciente de que el capitalismo estaba modificando las relaciones entre la esfera mercantil y la familiar, sobre todo con el paso de la esclavitud a trabajadores libres.

La teoría del mercado de trabajo de David Ricardo se basó en las hipótesis de Smith pero introdujo cambios interesantes. También definió el precio del trabajo (salario) en términos de subsistencia familiar.

“El precio natural del trabajo es aquel precio necesario para permitir los trabajadores, unos junto a otros, subsistir y perpetuar su raza sin incremento ni disminución” (Ricardo, 1817:93)

Ricardo planteó que si se incrementa mucho el capital, se incrementa el fondo de salarios y por tanto aumenta la demanda de trabajo. De esta forma aumentará el empleo, por lo que el salario real también subirá. Pero por el imperativo maltusiano y la ley de rendimientos decrecientes de la tierra, los salarios volverían a bajar al nivel de subsistencia. Ricardo destacó la interdependencia entre la esfera mercantil y la esfera de la reproducción humana con la distinción entre precio natural y precio de mercado. Para Ricardo las fuerzas que afectaban al salario real eran de dos clases: la primera, de tipo reproductivo, establece que el salario va a depender del el coste de la reproducción humana. No obstante, matiza que esto no va a depender de la cantidad de dinero, sino de la cantidad de productos que se pueden comprar con ese dinero, es decir, el precio natural del trabajo va a variar según los precios de mercado de la comida y las necesidades básicas. Por tanto, si sube el precio de la comida tendría que subir el salario y a la inversa. Desde una perspectiva de género podemos resaltar que Ricardo no está incorporando el coste del trabajo doméstico al salario, no incorpora lo que cuesta transformar esos inputs en consumo e ignora por completo a las personas que realizan dicho trabajo. Si se incluyeran todos estos factores el coste de reproducción sería muy superior al salario. La segunda cuestión que afecta al salario según Ricardo, es de carácter institucional y se refiere a las cuestiones de justicia que hay detrás del nivel que debe tener el salario. Es decir, plantea que no sería justo un salario que sólo permitiera alimentar a la familia a base de un solo tipo de alimento (Bodkin, 1999; Mayordomo, 2000).

Por último, antes de pasar a la economía neoclásica, se analiza la doctrina del fondo de salarios. ¿Cómo empezó a desaparecer el carácter reproductivo en las teorías sobre el mercado de trabajo? Los autores de la escuela clásica cambiaron el enfoque y llegaron a un punto de vista incompatible con la visión de Ricardo (donde el factor salario era algo exógeno). Según ellos el salario depende del salario natural y del número de

empleados, variables exógenas resultado de procesos históricos. Más tarde se asumió que el fondo de salarios en lugar de depender del salario natural y del número de empleados, es el salario el que depende del fondo de salarios y el número de empleados, es decir, se pasa de:

$$W = w * L \quad \text{a} \quad w = W / L$$

(W= fondo de salarios, w = salario, L = número de empleados)

Por tanto si aumenta el número de empleados en la producción, se reduce el salario y a la inversa. Así lo reducen todo a términos de oferta y demanda de trabajo, y excluyen del análisis el conflicto entre producción y reproducción de la clase obrera, se reduce todo a una relación inversa entre salario y cantidad (Bodkin, 1999; Mayordomo, 2000).

Como se ha visto en la definición de salario de Adam Smith, su marco teórico sólo es aplicable al sexo masculino. Observamos como la visión de género de la época donde se asignaban una serie de roles masculinos y femeninos impregnó el enfoque clásico de que las mujeres eran “no-trabajadoras”. El problema, es que de estos axiomas partieron el resto de teorías. En la época clásica además, se afianzaba un nuevo sistema económico, el capitalista. Donde se distinguían dos espacios bien diferenciados (Picchio, A. 1992; Mayordomo, 2000):

- 1.- El espacio mercantil: actividades de mercado, espacio masculino, en el que se desarrolla el sistema capitalista, el que otorga reconocimiento social y estatus social y además espacio que se rige por el interés personal egoísta.
- 2.- El espacio familiar: familia, mujeres, lugar secundario, hogar donde impera la moral y el altruismo.

En este escenario hay una división sexual de trabajo (entre y dentro de cada esfera), una serie de roles diferenciados asignados a hombres y mujeres. El pensamiento liberal de Smith reforzó esta visión porque en ningún momento se cuestionan la falta de equidad, sino que la aborda de forma moralizante. Por lo que en consecuencia la economía política aumenta y profundiza la división sexual de trabajo. En la obra de Smith



encontramos referencias explícitas a lo que deberían dedicarse las mujeres de clase media y alta, donde su principal inquietud debe ser el cuidado y una vida entera dedicada a su familia. Por otro lado, Smith plantea que el acceso de las mujeres pobres al empleo se ve limitado por su rol principal y natural de cuidadoras (Picchio, 1992; Mayordomo, 2000).

Las características principales de las actividades de las mujeres en las familias según Smith son (Mayordomo, 2000):

- Trabajo “no productivo”: realizado por mujeres, fundamentalmente eran servicios y no productivos porque no ofrecían un producto u objeto vendible en el mercado. Lo paradójico del asunto es que en aquella época se producían muchos más objetos (bienes) materiales para el consumo que servicios. Justo lo contrario que en la actualidad, que el trabajo doméstico ofrece más servicios que producción de bienes para el consumo.
- Existen pocas referencias de Smith sobre las mujeres y el trabajo remunerado. En la mayoría de los casos las relaciona con un papel esencialmente moralizante, como madres, hijas, esposas o viudas. Su deber de cuidar las define como agentes no-económicos ni trabajadoras, lo cual también influyó en la noción de papel “improductivo” de las cuidadoras. Todos estos factores van calando en el conocimiento general de que las mujeres son trabajadoras secundarias, se fue asentando este pensamiento desde el siglo XIX, las mujeres son excluidas de los censos y se saca del análisis económico el trabajo doméstico.

¿Cómo son las diferencias salariales por sexos según Adam Smith? Por un lado, plantea que los trabajadores temporales deben tener un salario alto, que les permita mantenerse el resto del tiempo que no están trabajando. Por otro lado, plantea que si alguien ya tiene un trabajo y le sobra tiempo de ocio, puede ocuparse con otro por un salario menor dada su situación. Smith, al pensar en el caso de las mujeres trabajadoras piensa en la segunda opción, aun siendo las mujeres un grupo con gran representación en el trabajo temporal, considera que la principal función de éstas es la de cuidadoras, por tanto si trabajan es una cuestión secundaria y no deben exigir el mismo salario. Es decir, si las mujeres normalmente tienen trabajos temporales ¿por qué no pueden tener un salario

alto? Porque tienen una ocupación principal en su vida, ser cuidadoras (Picchio, 1992; Mayordomo, 2000).

Al analizar la obra de Smith debemos tener en cuenta la época en la que se desarrolló, en ese momento las mujeres no tenían categoría civil, política ni socioeconómica igualitaria a la de los hombres, por tanto no es de extrañar que Smith no las considerara agentes económicos como a los hombres. Lo grave es que en las teorías posteriores y mientras las mujeres han ido adquiriendo derechos a lo largo de la historia y equiparándose a las categorías de los hombres no se haya corregido este error en las teorías posteriores. En la obra de Smith el papel de las mujeres tenía fuertes juicios normativos sobre lo que era adecuado para ellas y lo que no. Además la mayoría de las afirmaciones se correspondían con las mujeres de clase media y la burguesía, pero no con la mayoría de la población femenina, que era de clase baja y probablemente tenían una participación mucho más activa en el mercado de trabajo. En definitiva, todos estos factores, el papel protagonista de las mujeres en la reproducción de la población, las diferencias salariales, su imagen de no trabajadoras, etc., reafirmaron cada vez más los estereotipos de género que afectaron a todas las teorías posteriores (Picchio, 1992; Mayordomo, 2000).

### **2.3.- El análisis feminista en los clásicos**

Afortunadamente, algunas autoras y autores de la época fueron más allá del ámbito doméstico-familiar para estudiar el rol socioeconómico de las mujeres. Sus planteamientos se sitúan vinculados al pensamiento igualitario y la igualdad jurídica de las mujeres, pero sin cuestionar su asociación natural al trabajo doméstico, ya que en ningún caso, consideran que los hombres deban ocuparse de parte de ese trabajo.

John Stuart Mill (1806-1873) y Harriet Taylor Mill (1807-1858) son dos ejemplos de este tipo de análisis del trabajo de las mujeres. Mill en su obra “Principios de Economía Política” mostraba ideas socialistas y feministas. Estas últimas ideas, el mismo autor reconoce que las obtuvo gracias a la influencia de su mujer Taylor. En la siguiente cita textual se observa la clara postura feminista del autor “la subordinación legal de un sexo sobre otro es errónea en sí misma (...) y debería ser reemplazada por un principio de

igualdad perfecta, que no admitiese poder o privilegio por parte de uno sexo, ni desventaja por parte del otro” (Mill, 1869: 125).

Los dos autores reivindicaban educación formal y más opciones de elección para las mujeres, derechos de propiedad, herencia y sufragio. Aplicaron las ideas del liberalismo de los economistas clásicos también en las mujeres: “las instituciones y leyes patriarcales eran residuos de un orden feudal obsoleto y obstaculizaban el progreso económico y social”. Defendían al colectivo femenino como agentes económicos. Mill en su obra trataba el tema de las mujeres sin ponerlas en una situación de inferioridad frente a los hombres, lo cual se plasma en dos cuestiones principales: 1) reconocía su eficiencia y productividad, considerando el trabajo doméstico un trabajo muy versátil, 2) los bajos salarios de las mujeres se deben a prejuicios, la costumbre de que una mujer es un apéndice del hombre lo cual ahora es una enorme discriminación, y 3) la segregación horizontal, explicaba que el hecho de no poder optar a todos los trabajos, sólo los que se consideran femeninos, genera un exceso de oferta en dicho sector y reduce los salarios. Taylor discutió las afirmaciones de Mill, y fue más allá, porque Mill no consideró que una madre de familia tuviera que trabajar por un salario de subsistencia. Sin embargo, Taylor defendía que si hombres y mujeres compitieran por el empleo, al final el salario total sería el mismo que el de un solo hombre, pero con una gran diferencia para la sociedad, las mujeres pasarían de ser esclavas a ser compañeras (Bodkin, 1999).

La siguiente autora a estudiar es Barbara Bodichon, la literatura económica ha ignorado su trabajo pero en su obra “Women and work” de 1857 trataba el tema de la sobre contratación (*over crowding*) y su tesis principal era que las mujeres debían trabajar a cambio de remuneración. Esta tesis también se extrapolaba al resto de la población, ya que según ella el trabajo dignificaba y embellecía. A diferencia de sus coetáneas, recibiría educación en un colegio (algo generalmente reservado a los hombres de la época) y fue una de las británicas pioneras defensora de los derechos de las mujeres. Asimismo, fue una de las primeras en dar valor económico al trabajo doméstico. Defendía que las mujeres debían recibir la formación adecuada para poder trabajar y recibir un salario digno, por lo que los padres debían asegurar las condiciones necesarias para lograr dicho objetivo. Defendía que si la máquina de vapor aumentaba la riqueza de la nación, el trabajo de las mujeres también (Lacey 1986; Mayordomo, 2000).

Las teorías clásicas se desarrollaron en un marco histórico en el que el trabajo de las mujeres tenía un papel muy importante, como por ejemplo en Gran Bretaña durante el proceso de industrialización. En el siglo XIX las fábricas textiles nunca fueron ni la única, ni la principal forma de empleo asalariado de las mujeres. En contra de lo que se suele pensar, no se incrementó tanto el trabajo femenino, simplemente, las mismas mujeres que trabajaban antes en las manufacturas de producción familiar ahora trabajaban en la fábrica. El cambio fue como el que sufrieron los hombres, se produjo un cambio en la organización, el ritmo y la disciplina laboral. Esto ocasionó que para las mujeres fuera más difícil compaginar el trabajo de dentro y de fuera de la casa. Además coexistió el trabajo en las fábricas textiles con el trabajo de las mujeres en los talleres familiares, así, muchas mujeres trabajaban desde sus casas (putting-out-system). Se considera que en la primera mitad del siglo XIX se creó mucho empleo femenino en el sector terciario (oficinistas, maestras, tenderas, etc.) pero en realidad estaban más vinculadas al servicio doméstico (sirvientas). En 1880 más del 50% del sector servicios eran sirvientas y dos tercios de éstas eran hijas de familias campesinas (Mayordomo, 2000; Carrasco, et al., 2011; Carbonell, et al. 2014).

Otro factor interesante es que la deslocalización productiva que dio comienzo en esa época, redujo las oportunidades de empleo para las mujeres, ya que ellas no tenían la libertad de movimientos con la que contaban los hombres para poder trasladarse a las nuevas ciudades y regiones. En resumen, a las fábricas iban mayoritariamente las mujeres solteras y jóvenes (trabajo asalariado) y en el trabajo tradicional se concentraban las mujeres casadas, salvo que el salario de los hombres fuera muy bajo o la demanda de manos de obra femenina muy alta. No obstante, esta situación era cada vez más incompatible con el trabajo doméstico, lo cual hizo que muchas mujeres casadas abandonaran el trabajo asalariado y se convirtieran en trabajadoras temporales. Es importante destacar que las mujeres pertenecientes a las clases más bajas de la sociedad, siempre han trabajado en el mercado de trabajo y sus ingresos han sido cruciales para el sostenimiento de sus familias. En este periodo además se incrementó mucho el trabajo doméstico, por el aumento del periodo de estudios de los hijos y porque la familia pasó de ser un espacio de producción de bienes mercantiles a ser una unidad de consumo, por lo que el papel de las mujeres en la producción de bienes de consumo fue fundamental (gestión y producción de bienes para toda la familia) (Mayordomo, 2000; Carrasco, et al., 2011; Carbonell, et al. 2014).

Durante todo el periodo clásico la participación laboral de las mujeres no se redujo, sin embargo, a diferencia del interés que pusieron en el estudio del trabajo masculino prácticamente no se estudió la aportación femenina. Las pocas veces que los autores hacían referencia a las mujeres, era aludiendo a su carácter de madres, educadoras, esposas, hijas o viudas. El trabajo de las mujeres no era considerado un tema de la economía política, al menos para una gran mayoría, todo lo relacionado con el trabajo de las mujeres eran juicios de valor para legitimar el rol femenino “apropiado” (Bodkin, 1999; Carbonell, et al. 2014).

Las principales conclusiones que se deducen del análisis son: 1) la mayoría de los clásicos no estudiaron el trabajo de las mujeres, 2) la visión de las mujeres que predominó fue la de Adam Smith, en la que las mujeres eran agentes no económicos, con discurso moralizador y no económico. Para lo cual se aludían a leyes naturales que situaban a las mujeres en una situación de inferioridad en carácter, inteligencia o fuerza y en ningún caso se cuestionaban las relaciones de género; 3) los análisis clásicos hacen posible incorporar la esfera familiar al marco teórico pero debido a la abundancia de juicios morales, esta visión no prosperó y se desligó el ámbito mercantil (legal y racional) del familiar (retórica y moral). En resumidas cuentas, se excluyó de la teoría económica posterior el análisis económico de la subsistencia de la reproducción humana y, en consecuencia a las personas que se ocupan de las actividades domésticas y de cuidados.

La escuela que prosiguió a los ricardianos fue la marginalista. Surgió en 1870 y fue en este momento en el que se terminó por desvincular totalmente la producción de mercancías de la reproducción de las personas. Para los marginalistas, la economía es un análisis de las relaciones sociales que determinan un valor y el mercado el lugar donde ese valor se mide de forma perfecta y natural a través de los precios de mercado. El paradigma económico neoclásico, basado en los marginalistas, surgió en los años treinta del siglo XX (Pérez, 2006a). El enfoque neoclásico hace un análisis del mercado de trabajo basado en el concepto de intercambio. Para este enfoque, todas las mercancías, incluida el trabajo, son unidades económicas homogéneas, por lo que su precio de mercado dependerá de la escasez relativa y su productividad o utilidades marginales relativas. De esta forma, la producción será el resultado de la relación de intercambio entre tres factores: técnicas de producción, oferta de trabajo y oferta de capital. Estos tres factores interaccionan mientras varían los precios. Las variables como el nivel de vida, el

conflicto de clases, las desigualdades de género, la familia o el Estado son elementos que los neoclásicos consideran peculiaridades separadas que no necesitan ser estudiadas (Piccihio, 1981).

## **2.4.- El trabajo de cuidados en la Economía Feminista**

En este apartado se abordan los planteamientos de la Economía Feminista con respecto a las actividades de cuidados. El análisis de estas actividades se ha encontrado con bastante resistencia por parte de la academia para ser incorporados a los temas de estudio de las ciencias sociales, sin embargo, su análisis es muy prometedor tanto para la economía feminista como para la sociología. En Economía ha habido una falta de reconocimiento del trabajo doméstico como objeto de estudio. Todas estas circunstancias han dado lugar a que la Economía Feminista se desarrolle en paralelo al pensamiento económico (Carrasco et. al, 2011). El principal planteamiento de esta corriente de pensamiento es que las relaciones de género afectan de manera directa a la estructura socioeconómica de los países y, por tanto, son una pieza clave en la organización del sistema económico (Pérez, 2006a y Carrasco, 2009).

Antes de abordar el pensamiento de la Economía Feminista, se estudia la evolución de las principales características del trabajo de cuidados a partir de la industrialización. Es durante ese periodo en el que se produjeron importantes cambios en el trabajo de cuidados. Este proceso de cambio en la economía motivó que las características y las condiciones del trabajo familiar doméstico variaran. Diversos son los factores que influyeron en la organización de los cuidados, podemos destacar: la urbanización, el desarrollo del sector servicios, el consumo de masas, los cambios en las viviendas, las transformaciones demográficas y el mejoramiento de la higiene pública y privada. En definitiva, los individuos, la familia y el Estado cambiaron el modo de relacionarse entre ellos. Todos estos elementos junto con la sociedad de masas (consumo, cultura y medios), y el proceso de configuración del Estado del Bienestar, propiciaron grandes cambios en la estructura de las familias, la forma de entender la maternidad, la infancia, etc. No obstante, en esta nueva organización social siguen siendo las mujeres las responsables del cuidado de los niños/as, las personas ancianas y enfermas y de los varones “ganadores de pan” (Carrasco et. al, 2011; Carbonell, et al. 2014).

A mediados del siglo XIX las jornadas laborales eran muy largas, por tanto los trabajadores eran totalmente dependientes del trabajo de reproducción realizado por las mujeres. Además, es en este periodo en el que sucede otro fenómeno bastante llamativo, y es que antes de la industrialización existía una alta tasa de actividad femenina entre las clases trabajadoras, pero se comienza a atribuir al servicio doméstico y a esta situación en general, todos los males de los problemas con la educación, y es por esto, que se empieza a considerar necesario sobre todo en la clase alta, sustituir el servicio doméstico y que las mujeres fueran de nuevo amas de casa. Incluso en las fábricas se facilitaba la conciliación con, por ejemplo, salas de lactancia, pero los incrementos en los horarios laborales de las fábricas, hicieron que cada vez fuera más difícil la conciliación. Tal es así, que obreros y obreras lucharon para la reducción del horario, ya que consideraban que el cuidado era una tarea femenina y que con esas jornadas laborales no iban a poder compatibilizar ambos trabajos. El resultado final fue que cada vez se consideró como la mejor solución, que las mujeres dejaran el trabajo remunerado e incluso se percibiese como un signo de estatus el ser ama de casa (Carrasco et. al, 2011; Carbonell, et al. 2014).

Desde el siglo XVIII el pensamiento económico asocia el trabajo al mercado y al salario, dejando totalmente de lado al trabajo doméstico. Y por tanto, situando a las mujeres como dependientes de un “ganador de pan”. Además, a partir del siglo XX las amas de casa pasaron a aparecer en las estadísticas como “inactivas” o “improductivas”, lo cual contrasta fuertemente con la idea de los médicos, científicos y reformadores sociales de la época, que consideraban que éstas tenía un papel fundamental para incrementar el nivel de vida de la ciudadanía. Todo esto unido a la concepción de que el salario del varón era para la unidad familiar, reforzó la idea de que lo ideal era que las mujeres no participaran del mercado laboral ni tuvieran un trabajo remunerado que les diera independencia. No obstante, cabe señalar lo paradójico de algunas situaciones, como la existencia a lo largo de la historia, de numerosas familias monoparentales, viudas, madres solteras, etc., que han salido adelante y han coexistido con los otros modelos (aun enfrentándose a múltiples problemas) (Carrasco et al., 2011; Carbonell, et al. 2014).

También es en esta época en la que el feminismo desde posturas maltusianas, impulsó la maternidad, llegando a proponer un salario para las amas de casa y no es hasta mediados del siglo XX cuando se empieza a discutir el tema de la corresponsabilidad del

trabajo doméstico entre hombres y mujeres. Por otro lado, los avances tecnológicos como la electrificación de los hogares o a la producción en masa de bienes domésticos, no se tradujeron en una reducción de las horas dedicadas al trabajo doméstico hasta bien entrados los años sesenta del siglo XX. Esto es así, porque el trabajo de cuidados, sobre todo los cuidados en la infancia se incrementaron mucho; la ciencia demostró que existía una relación directa entre la higiene y el tiempo dedicado a la nutrición y la mortalidad infantil. De esta forma, el trabajo doméstico tuvo un papel fundamental en la reducción de la mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida y las mejoras de nivel de vida de las clases trabajadoras del siglo XIX. El avance científico fue complejizando las tareas de cuidados a la vez que se veían cada vez menos como un trabajo y más como amor maternal. Conviene señalar la triple dimensión que toma el trabajo de cuidados en este momento, por un lado es un trabajo no remunerado, por otro, tiene una carga emocional y de responsabilidad y por último se desarrolla dentro de las relaciones familiares y de género. El consumo de masas reduce estas dimensiones pero incrementa la relación entre lo privado, el mercado y el Estado, a medida que los dos últimos agentes fueron absorbiendo algunas de las tareas (Carrasco et. al, 2011; Carbonell, et al. 2014).

En la década de los sesenta del siglo XX, las principales demandas feministas se centraban en la igualdad legal de derechos, más adelante se fueron planteando otros temas de reivindicación, como el trabajo doméstico o la sexualidad. Las economistas feministas de la época provienen de la escuela marxista y lo primero que se cuestionaron fueron dos grandes ausencias en el análisis económico: las mujeres como agentes económicos y la división sexual del trabajo, tanto dentro de la familia como en la sociedad en general. A raíz de estos movimientos comienza un profundo e interesante debate en torno al concepto de trabajo y más concretamente el análisis del trabajo doméstico; el objetivo es poder concretar la naturaleza de este trabajo y ver qué papel desempeña dentro del sistema capitalista. Las principales aportaciones a este debate las trazaron Dalla Costa y James (1972), Secombe (1974) y Delphi (1988). Además se observa que la discusión se centró en dos aspectos principales. Por un lado, en la visión de Delphi, que planteó que el trabajo doméstico presenta un proceso de producción diferente al industrial, en el que bajo la lógica del patriarcado los hombres explotan la fuerza de trabajo de las mujeres. Por tanto, podríamos hablar de una producción patriarcal que establece a las mujeres como una clase social en sí misma (este planteamiento propició respuestas mordaces por parte de las posturas marxistas). Por otro lado, el segundo punto en torno al cual se produjo mucho



debate, fue el basado en la obra de Dalla Costa y James, dónde ésta defiende que el trabajo doméstico es productivo, ya que reproduce la fuerza de trabajo. Este planteamiento propició un intenso debate ya que estas conclusiones podrían llevar a la propuesta de un salario para las amas de casa, lo cual desde la postura del movimiento feminista era muy peligroso porque más que liberar podría legitimar ese rol.

Otro de los temas que se trataron en esa época fue la capacidad del trabajo doméstico para crear valor. Cuestión que por otro lado, algunos autores basándose en la teoría marxista, concluyeron que este tipo de trabajo no discute la teoría del valor porque no forma parte de la producción y no es una mercancía. Además el debate estuvo muy centrado en el análisis de si el trabajo doméstico era algo coyuntural o estructural al capitalismo, para lo cual se trató el tema de estudio de una forma muy economicista, restándole importancia al trabajo de cuidados e impidiendo una definición más amplia que permitiera dilucidar las relaciones de género que están presentes en torno al trabajo doméstico (Carrasco, 1998).

Se pueden destacar dos perspectivas de análisis del trabajo doméstico según dos corrientes feministas de la época; el feminismo social que veía este trabajo como una forma que tiene el capital de obtener beneficios (sistema capitalista); y, por otro lado, el feminismo radical, el cual estudia el trabajo doméstico considerando sobre todo las relaciones de poder que se esconden detrás (Carrasco, 1998).

Los primeros debates sobre el trabajo doméstico se realizaron en los años setenta del siglo XX, en primer lugar las economistas feministas y más adelante la Academia. Las principales autoras son Carrasco (1991), Borderías y Carrasco (1994). A raíz de estos estudios surgió el concepto de reproducción social, que parte del feminismo italiano. Las investigaciones a este respecto se centran en el análisis de la estructura familiar, la estructura del trabajo asalariado y no asalariado, el papel del Estado en la reproducción de la población y de la fuerza de trabajo, las organizaciones sociales y las políticas relacionadas con los diferentes trabajos. Concretamente, podemos definir este concepto como un “complejo proceso de tareas, trabajo y energías, cuyo objetivo es la reproducción de la población y de las relaciones sociales, en concreto fuerza de trabajo”. Las principales autoras de esta teoría son: Molyneux, Benería, Dalla Costa y Picchio (Carrasco et. al, 2011).

A partir de los años ochenta del s. XX, con el aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo, se traslada el análisis al trabajo asalariado de las mujeres. Además tres son los puntos fuertes de esta época: por un lado, se empieza a utilizar el término “género” de manera generalizada; por otro lado, se trata de revalorizar el trabajo de las mujeres y, por último se empieza a hablar del proceso de “reproducción social”, que engloba la reproducción biológica de la fuerza de trabajo, de la producción, los bienes de consumo y la relaciones que tienen lugar en la producción (Carrasco, 1998).

Las primeras aportaciones referidas al trabajo de cuidados desde la economía feminista surgieron en los años noventa del siglo XX, y en gran medida, influenciadas por la sociología. Las primeras aportaciones se publicaron en la revista *Feminist Economics*, y podemos destacar a dos autoras Himmelweit y Folbre. Himmelweit (1995) profundiza en el concepto del trabajo doméstico que se acuñó en los años setenta del siglo XX y lo tilda de reduccionista por haber tomado como referente al trabajo asalariado. Además, esta autora plantea que lo que realmente está limitando las actividades fuera del hogar a las mujeres son los cuidados y no tanto el trabajo doméstico (planchar, cocinar, etc) porque en las otras actividades los horarios son mucho más rígidos y la división sexual del trabajo es más fuerte. Por otro lado, Folbre (1995), estudió estos temas centrándose en el análisis de las causas del trabajo de cuidados, las formas en que se realiza este tipo de actividades en el mercado y fuera de él; puso de relieve que estos cuidados trascienden lo monetizado, la fragilidad en la frontera de lo público y lo privado y la fuerte relación entre mercado y vida (Pérez, 2006a). Folbre analizó las causas de la subvaloración de los trabajo de cuidados llegando a la conclusión de que al ser actividades realizadas por mujeres en un sistema patriarcal, las mujeres están devaluadas y por tanto las tareas que realizan también. Además, Folbre plantea los pros y contras de la mercantilización de los cuidados, la valoración monetaria o no y la posibilidad de políticas públicas para servicios de cuidado no mercantiles (este debate continúa siendo vigente).

## **2.5.- El enfoque de la reproducción social**

Los análisis económicos más oficiales han analizado la cuestión de la reproducción de las personas como un proceso natural que no tiene ningún coste, como un subproducto de otros factores o como una producción localizada en un ámbito distinto al económico. En estos estudios se considera que la renta de los hogares es exclusivamente la renta familiar y dejan de lado la contribución del trabajo doméstico y de cuidados. Se oculta de esta manera la relación que existe entre el trabajo de cuidados y el sistema de producción capitalista para desplazar los costes hacia la esfera doméstica. Resulta de gran importancia incorporar estos trabajos en el circuito macroeconómico y ampliar así la renta tanto en una dimensión cuantitativa, como en una dimensión cualitativa. Este nuevo planteamiento supondría un cambio radical que haría visible la dependencia que existe entre el sistema mercantil y la economía del cuidado (Picchio, 1981, 1992; Carrasco, 1989; Benería, 1999).

¿Qué se entiende por reproducción social? Fundamentalmente tres elementos: la reproducción biológica, el proceso de educación y aprendizaje que permite la reproducción de la fuerza de trabajo y la satisfacción por parte de los hogares, el sector público y el mercado de las necesidades de cuidados. Las principales líneas de estudio a este respecto son el análisis de las desigualdades entre hombres y mujeres en la realización de cuidados, el cuidado de niños/as, el cuidado en la educación y en la salud, las diferentes productividades que existen en la economía de mercado frente a las de la economía del cuidado, el cuidado de personas adultas dependientes, el cuidado en instituciones y el cuidado de los hombres adultos por mujeres. El objetivo fundamental es lograr mostrar cómo se distribuye la renta, la riqueza y el tiempo de trabajo entre las personas. Los principales resultados de la actual organización social del trabajo son: 1) las desigualdades de género, 2) la menor calidad de vida y bienestar de las mujeres frente a los hombres y 3) el origen de la pobreza específica de las mujeres (De Pablos, y Gómez, 2006; Carrasco et. al, 2011; De Pablos, et al., 2012).

Este enfoque de la reproducción social tiene como objetivo identificar las relaciones que existen entre la producción de mercancías para la obtención de beneficios y la reproducción social de la población. La economista italiana Antonela Picchio ha

profundizado extensamente en el estudio de la relación entre la esfera de la producción mercantil y la esfera de producción doméstica. Picchio (1981) plantea la importancia de incorporar la reproducción de la fuerza de trabajo al análisis de la segmentación del mercado laboral. Para ella, los estudios que analizan la segmentación en el mercado laboral, se quedan cortos al no incorporar la reproducción social al análisis. ¿De qué manera influye la reproducción social en el mercado de trabajo? Fundamentalmente, situando a los individuos en una determinada posición en el mercado de trabajo. Esto se debe a que sus componentes, como la estructura familiar, la estructura del trabajo asalariado/no asalariado, el papel del Estado, las organizaciones sociales y políticas de los trabajadores asalariados/no asalariados, van a determinar el nivel de vida, la relaciones entre clases e intraclases y la distribución del producto de los individuos en los mercados laborales. Por tanto, Picchio plantea la interrelación que hay entre la segmentación en la reproducción social y la segmentación en el mercado de trabajo. Relación de obligado análisis a la hora de comprar las diferentes posiciones en el mercado de trabajo de mujeres, hombres, jóvenes y personas mayores.

## **PARTE II: CONTEXTO EUROPEO**

Los objetivos de esta segunda parte son: analizar el marco institucional de los modelos de cuidados en los Estados del Bienestar europeos, profundizar en los casos de Escocia y España e investigar qué lugar ocupa el cuidado informal en la organización socioeconómica de los cuidados en los países europeos.

## **Capítulo 3: El Reto de los Cuidados en los Estados del Bienestar Europeos**

### **3.1.- Introducción**

En la actualidad, la demanda de cuidados supone un importante desafío para los Estados del Bienestar europeos (Pavolini y Ranci, 2008). Un desafío que seguramente se intensificará durante los próximos años, dadas las previsiones de incremento en las necesidades de ayuda a la población dependiente (Pickard, et. al. 2007; Comisión Europea, 2009). Ante este reto, los gobiernos europeos están tratando de ofrecer distintas soluciones a través de su marco institucional y de las políticas públicas.

En el presente capítulo se analizan las características de los modelos de cuidados en los Estados del Bienestar europeos. En la primera parte se estudian los factores que condicionan el reto de los cuidados y cuáles son los modelos de Estado del Bienestar adoptados en Europa para afrontar esta situación. El análisis de estas dos cuestiones – problema y respuesta institucional–, permite detectar adecuadamente la mayor o menor presencia de cuidado informal en las naciones europeas. En la segunda parte del capítulo se analizan las principales tendencias que están experimentando los modelos de cuidados en Europa: la mercantilización de los cuidados y las variantes que existen en la actuación de los Estados.

### **3.2.- Condicionamientos sociales y económicos**

En la mayoría de los países europeos, las circunstancias sociales muestran la necesidad de incorporar cambios en la organización social de los cuidados. Los planteamientos van enfocados en mayor o menor medida hacia una reestructuración del reparto de las actividades de cuidados entre las familias y la comunidad, el Estado y el mercado. Este replanteamiento viene motivado por tres factores principales: 1) el envejecimiento de la población, 2) la incorporación de las mujeres al mercado laboral y 3) los cambios en las formas de las familias (Bettio y Plantenga, 2004). Estos factores

condicionan la demanda y la oferta de cuidados, influyen en el número de personas que requieren cuidados y en la forma y medios con los que el resto de la sociedad responde a estas necesidades. Por lo que, a continuación, se analizan estos factores con el objetivo de conocer las verdaderas dimensiones del problema.

Con respecto al primer factor, destaca la evolución de las estructuras poblacionales, ya que el principal determinante de la demanda de cuidados de larga duración es el nivel de envejecimiento de la población (Colombo *et al.*, 2011). El descenso de los índices de natalidad y el aumento de la esperanza de vida están cambiando fuertemente la estructura poblacional en los países desarrollados, con lo que la demanda de cuidados se está incrementado. Además, todo parece indicar que se mantendrá esta tendencia durante los próximos años: en 2010, los porcentajes de población mayor de 65 y 80 años en la UE-27 fueron del 17,4% y 3,4% respectivamente y se espera que estas cifras aumenten al 29,3% y 11,4% para el año 2050 (Colombo *et al.*, 2011). La tendencia al envejecimiento de la población y la disminución del número de hijos/as se muestran con ritmos diferentes en los Estados europeos, siendo especialmente agudas en Alemania, Italia y España, mientras que en los países del norte son menos importantes (Pavolini y Ranci, 2008; Durán 2012).

Con respecto al segundo factor, resulta indispensable apuntar algunas cuestiones relacionadas con el mercado de trabajo que afectan considerablemente a la oferta de cuidados: la incorporación generalizada de las mujeres al mercado laboral, la presencia de empleos a tiempo parcial y el hecho de que en algunos países existan políticas que pretenden favorecer la conciliación de la vida familiar y profesional. Tal y como se ha expuesto en el marco teórico, dado que a las mujeres tradicionalmente se les ha atribuido la responsabilidad de estas tareas, la expansión del empleo femenino es susceptible de alterar la oferta informal de cuidados. La forma en la que los Estados afronten esta situación tendrá diferentes consecuencias, por ejemplo, en algunos países se han impulsado fórmulas de contratación a tiempo parcial o políticas de empleo flexibles, con las que se favorece la posibilidad de compaginar un empleo remunerado con la vida personal y familiar. Sin embargo, con estas políticas se corre el riesgo de que sólo las mujeres recurran a este tipo de estrategias. En este aspecto existe una gran diversidad entre los países europeos, por ejemplo, las diferencias de género en las tasas de empleo son considerablemente más altas en las naciones mediterráneas en comparación con el

resto de Europa. En el otro extremo, los países del norte cuentan con más hombres que trabajan a tiempo parcial y con regulaciones laborales más favorables a la familia (Carrasco, 2001; Esping-Andersen y Palier, 2010).

Otro factor que influye significativamente en la cobertura de las necesidades de cuidados está relacionado con el tamaño y la composición de las familias en los países europeos. La reducción del número de hijos/as, el aumento de las separaciones y de las familias monoparentales, así como la menor presencia de hogares multigeneracionales – donde conviven padres, madres, hijos/as y abuelos/as– están condicionando la forma en que la ciudadanía se organiza para responder a los requerimientos de ayuda de las personas dependientes. Dichos factores familiares son especialmente relevantes en el caso de las redes informales, dado que éstas son el resultado de relaciones familiares y personales previas a la demanda de cuidado. Los Estados europeos muestran también importantes diferencias en estos aspectos, con una mayor presencia de modelos familiares tradicionales en los países del sur, frente a sus homólogos del centro y del norte (Pérez, 2006a; Durán, 2012).

Por último, cabe destacar una serie de factores económicos que también pueden influir en la valoración de las necesidades de cuidados. La renta por habitante, la desigualdad económica y los índices de pobreza enmarcan las posibilidades materiales de la población, a través del acceso a bienes y servicios en los mercados y, por lo tanto, afectan a la demanda y a la oferta de cuidados. Existen importantes diferencias en el bienestar económico entre los países europeos: en líneas generales, en el norte y el centro la ciudadanía goza de mayores niveles de renta, menor desigualdad y menor riesgo de pobreza que en sus homólogos del sur<sup>12</sup> (Letablier, 2007; Galaso et al., 2011).

Ante una situación como esta, los gobiernos europeos han optado por crear un marco institucional que dé respuesta formal a la creciente demanda de cuidados. No obstante, esta respuesta no ha sido la misma en todos los países. Así, existen claras diferencias en la dimensión y el tipo de políticas públicas que se están llevando a cabo. Los distintos modelos de respuesta, al ofrecer diferentes niveles de apoyo formal, van a

---

<sup>12</sup> Reino Unido presenta un modelo particular, caracterizado por una elevada renta media, similar a los países del norte, junto con niveles de desigualdad y pobreza también altos, más semejantes al caso de los países mediterráneos.



condicionar la mayor o menor necesidad de cuidados informales en las naciones. De este modo, en aquellos Estados en los que el marco institucional –la oferta formal– sea más reducido, la presencia de cuidado informal será mayor.

En general, por lo menos sobre el papel, las actuaciones europeas han mostrado una tendencia a favor de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres; apostando por garantizar a las mujeres el derecho al empleo y un acceso igualitario y real al mercado laboral, con un reparto más equitativo de las tareas de cuidados. Sin embargo, cada Estado ha actuado según las convenciones de género ancladas en sus instituciones y en sus prácticas sociales (Letablier, 2007).

### **3.3.- Modelos de cuidados en los Estados del Bienestar en Europa**

La importancia de los cuidados en la política pública ha variado históricamente y difiere según el país. Las primeras políticas llevadas a cabo en Europa continental y meridional estaban fuertemente condicionadas por la influencia de la religión católica en la configuración de la ética y las costumbres familiares y sociales. De esta forma, las primeras políticas sociales pusieron el énfasis en que el cuidado debía ser una responsabilidad de la familia, y por tanto, promovían esa organización social del cuidado. Poco a poco, esta visión ha ido cambiando con los avances sociales que se han producido en favor de la igualdad de género. La sociedad, impulsada por la progresiva inclusión de las mujeres como mano de obra remunerada, ha ido reclamando cada vez más un mayor compromiso social y a favor de la igualdad a los representantes políticos.

En definitiva, con diferencias según el modelo y dependiendo de lo arraigados que estén aún los planteamientos mencionados en cada país, prácticamente todos los Estados del Bienestar están haciendo frente a la crisis de cuidados que acarrea el envejecimiento de la población y la cada vez menor disponibilidad de cuidados informales (Daly y Lewis, 2000).

### 3.3.1.- *Modelos de Estados del Bienestar*

Para analizar los Sistemas de Protección Social europeos se pueden realizar diferentes clasificaciones atendiendo a una serie de criterios.

1. La primera clasificación es una propuesta de Jane Lewis (1992), en la que estableció tres tipos de regímenes según el modelo de sostén de la familia: fuerte, moderado y débil, según la fuerza que siguiera teniendo en el país el modelo tradicional de familia, con el hombre como cabeza de familia y proveedor económico de ésta y la esposa como proveedora de cuidados y educación, responsable de la reproducción. Así, podemos clasificar a Reino Unido, Irlanda y Alemania dentro del grupo fuerte; a Francia y a Bélgica en el moderado y a los países nórdicos, Suecia y Dinamarca, en el débil.
2. La segunda categorización se realiza según la unidad destinataria de las ayudas que destina el Estado para esas cuestiones. Esta clasificación corresponde a Sainbury y consta de dos grupos principales. Por un lado, el “familiarista”, en el que el hombre es el cabeza de familia y la mujer la cuidadora, estando el derecho a prestación asociado al cabeza de familia y siendo la familia la unidad de prestación. En este grupo el trabajo de cuidados es realizado en la esfera privada y las mujeres son ante todo esposas y madres, situándose en una situación de dependencia del cabeza de familia. Por otro lado, tenemos el grupo denominado “individualizado”; en este tipo de organización cada cónyuge contribuye a los recursos colectivos partiendo de una base igualitaria y el derecho a prestaciones es individualizado. En este caso, el Estado asume en mayor medida la responsabilidad del cuidado de los niños/as y las personas dependientes (Letablier, 2007).
3. Por último, podemos distinguir dos tipos de reformas según la naturaleza de las ayudas: las ayudas monetarias, las cuales no modifican la división por razón de género tradicional del trabajo doméstico y las ayudas en forma de servicios y equipamientos, las cuales sí desplazan la frontera entre lo público y lo privado.

Con el fin de identificar y clasificar adecuadamente a los Estados del Bienestar, se emplean los criterios marcados por la literatura previa (Esping-Andersen, 1990; Jacobzone, 1999; Pacolet et al., 1999; Comas-Herrera et al, 2006; Dizy, 2006; Vara, 2013b). Esto nos permite distinguir cuatro modelos de Estado del Bienestar en Europa. En primer lugar, el modelo nórdico o escandinavo (que incluye también a Holanda), donde el sector público juega un papel protagonista, ofrece una cobertura universal, los servicios están altamente profesionalizados y el gasto público para financiar el sistema de atención es muy cuantioso.

Posteriormente, el modelo central o continental, en el que están presentes los diferentes tipos de agentes (sector público, empresas privadas y familias), la cobertura es universal aunque existe el copago, los servicios son ofrecidos a través de redes institucionales y ayudas monetarias, y las fuentes de financiación se componen de contribuciones a la seguridad social y gasto público. Por ello, los niveles de gasto son menores que en los países del norte.

En tercer lugar, el modelo liberal se caracteriza por una presencia residual del sector público, además la cobertura se limita a la asistencia básica, las prestaciones en dinero son más cuantiosas y los servicios se ofrecen mayoritariamente a través del mercado.

Por último, en el modelo del sur o mediterráneo la familia juega un papel protagonista, el sistema cubre la asistencia básica y está financiado, principalmente, por cotizaciones contributivas a la Seguridad Social junto con seguros privados. Este último modelo se caracteriza por no contar con una red institucional adecuada, lo que hace que el papel del cuidado informal sea mucho más relevante.

### 3.3.2.- *Cuidados de larga duración*

Atendiendo a la organización de los cuidados de larga duración, Pavolini y Ranci (2008), clasifican diferentes países europeos. Para analizar la situación utilizan algunos indicadores como el nivel de cobertura, las características de los servicios y las prestaciones monetarias ofrecidas. Para valorar la cobertura, estudian el porcentaje de personas mayores de 65 años que están recibiendo cuidados en residencias y en su casa.

Los resultados se dividen en cuatro niveles, los de nivel alto son, por ejemplo, Suecia (21% de personas mayores de 65 años reciben cuidados formales, sobre todo atención domiciliaria) y Holanda (17% de personas mayores de 65 años reciben cuidados formales, destacando más el papel de las residencias). El nivel medio lo componen Reino Unido (14%) y Francia (12%), en los dos casos el nivel de residencias y atención domiciliaria es similar. El nivel medio-bajo lo representa Alemania (7%) en el que destacan las residencias. Y por último el nivel bajo lo representa Italia con un 3% y la mayoría de la atención en residencias.

Con respecto a las prestaciones se observan diferentes patrones según el país de estudio. En Suecia predomina la provisión de servicios frente a los programas de prestaciones monetarias. Reino Unido y Alemania empezaron en los años 80 del siglo XX a cubrir a gran parte de la población con prestaciones monetarias. Holanda con la Ley General de Gastos Especiales de Asistencia Sanitaria (AWBZ) ofrecía prestaciones monetarias junto con estructuras residenciales. Francia e Italia ocuparon posiciones intermedias, con *Allocation Compensatrice pour Tierce Personne* (ACTP) e *Indennità di Accompagnamento*. En ese periodo se introdujeron programas públicos para sufragar los gastos de atención a personas dependientes.

De las diferentes combinaciones entre tipos de servicios (en casa o en residencias) y prestaciones monetarias, Pavolini y Ranci (2008) distinguen dos modelos principales.

- *Informal care-led<sup>13</sup> model*. Este modelo se caracteriza porque el Estado solo ofrece apoyo económico a los más desfavorecidos. Se considera que el problema del cuidado lo debe resolver cada persona apoyándose en las redes informales de cuidados. Por lo que este modelo otorga el peso de los cuidados a la familia. Los principales problemas de este tipo de organización son: incapacidad de cubrir todas las necesidades debido al aumento de personas mayores viviendo solas, la reducción de las capacidades de la familia para proveer cuidado informal, las dudas con respecto al criterio de la gente a la hora de gastar las prestaciones monetarias y los riesgos de que las mujeres en edad de trabajar se queden atrapadas en los cuidados. Ejemplo de países que siguen este modelo son España,

---

<sup>13</sup> -led significa liderado por

Italia, Alemania y Francia aunque éste último más cercano a una posición intermedia.

- *Services-led model*. En este caso el Estado proporciona a través de la creación de instalaciones una prestación generalizada de servicios diseñados para sustituir el cuidado informal en la atención a personas dependientes. También desarrollan medidas relacionadas con el tiempo, como permisos para cuidar y poder compatibilizar, en periodos limitados, el cuidado con el trabajo remunerado. El objetivo fundamental de este modelo es promover un alto nivel de empleo fijo en el sector de la prestación de cuidados y satisfacer las necesidades de atención de las personas dependientes. Asimismo, el modelo muestra variaciones nacionales, según las tradiciones institucionales hacen más hincapié en la atención domiciliaria o residencial. Los principales problemas de este modelo son los altos costes (también por el aumento de la demanda) y excesiva estandarización de los servicios. En este tipo de modelo están, por ejemplo, Suecia, Holanda (más énfasis en residencias) y Reino Unido aunque éste último más cercano a una posición intermedia.

Profundizando en algunos aspectos referidos a los cuidados de larga duración en los modelos de Estado del Bienestar europeos representados por algunos de sus países, se encuentran diferencias interesantes. Por un lado, el modelo continental es un modelo bismarkiano caracterizado porque la protección social se organiza en función del seguro social. En un inicio dentro del seguro social se encontraban las pensiones, el seguro por desempleo, accidente o salud y más adelante y no en todos los países, se han ido introduciendo los cuidados de larga duración. En la actualidad hay una clara preferencia por una privatización de los cuidados. En Alemania, el apoyo dirigido al cuidado informal en vez de estar dirigido a las familias, como en los países del Sur, están más dirigido al voluntariado (amplio, reglado y con financiación pública). Asimismo, se ha hecho un esfuerzo considerable para que el gobierno apoye al cuidado informal. En 1995 se aprobó un plan llamado *Pflegeversicherung*, que es un programa universal, para toda la ciudadanía que necesite de al menos seis meses de cuidados. Consiste en un conjunto sustancial de servicios y/o prestaciones monetarias para los beneficiarios y sus respectivas familias que pueden utilizar ya sea para comprar servicios profesionales o para pagar a los cuidadores/as informales. Los beneficiarios/as pueden elegir entre recibir los servicios

en residencias o en su casa, o recibir presentaciones monetarias, o una mezcla de los dos tipos de prestaciones. Se observa que se ha mantenido la organización social del cuidado anterior<sup>14</sup> (informal-led), la gran mayoría de los usuarios se quedan en casa y han optado en 2005 por la recepción de dinero en efectivo (69%) o una mezcla (15%).

Este tipo de situaciones ponen de manifiesto el riesgo de las prestaciones monetarias, ya que reproducen la situación de desigualdad de las mujeres frente a los hombres. Al mismo tiempo, Alemania ha incrementado mucho la inclusión de empresas privadas en el sector. La reforma ha favorecido la entrada de organizaciones con fines de lucro, que cubren cada vez más grandes cuotas en el mercado (más de 40% al final de la década de 1990), mientras que los proveedores públicos representan en la actualidad menos del 10% (Pavoloni y Ranci, 2008).

En Francia existe una firme distinción entre el cuidado a la infancia (colectivizado y con un gran peso del voluntariado) y el cuidado a personas mayores. Asimismo, en los últimos años han innovado considerablemente, mostrando más convicción en la idea de que las políticas de bienestar son una posible fuente de empleo permanente. El programa principal es la *allocation personnalisée à l'autonomie* (APA), ejecutado en 2002 para la ciudadanía mayor de 60 años que necesita cuidados. Bajo este plan, los beneficiarios/as pueden llegar a recibir hasta 1.106,77 € por mes, como prestaciones monetarias (las personas de nivel de renta medio y alto tienen copagos). El programa cuenta con equipos médicos y trabajadores/as sociales que sugieren la mejor forma de asistencia para cada caso. Las personas beneficiarias deben justificar los gastos y se pueden emplear a personas individuales, pero no pueden ser familiares que vivan con el beneficiario/a<sup>15</sup>. Asimismo, el desarrollo de la APA ha fomentado un crecimiento de los servicios de atención a domicilio prestados por empresas privadas fomentando así la competencia entre proveedores (Pavoloni y Ranci, 2008).

Con respecto al modelo escandinavo, éste se caracteriza por tender hacia la colectivización del cuidado. El modelo de provisión de servicios sociales cuenta con una

---

<sup>14</sup> Las ayudas monetarias no contribuyen a romper con la responsabilidad femenina de los cuidados. Perpetúan el rol de las mujeres como cuidadoras informales y no favorecen una reestructuración de la organización social del cuidado con una mayor implicación masculina y del Estado.

<sup>15</sup> En este caso, al contrario que en Alemania, con este tipo de condición, se está haciendo un esfuerzo por mejorar la organización social de los cuidados.

abundancia de servicios organizados a escala local, universalmente accesible y financiada con cargo a los impuestos. La cobertura de ayuda y atención domiciliaria doméstica a personas ancianas es bastante amplia. Por ejemplo, Suecia ha reformado su modelo de intervención en gran medida sobre la base de la prestación de servicios. El enfoque ha estado basado en los servicios y el gasto público, sin embargo, el aumento del número de dependientes está impulsando que cada vez se exijan mayores copagos. La reforma clave fue la Reforma Adel de 1992, que delegaba la responsabilidad de los servicios de cuidados de larga duración, incluyendo el tema fiscal, a los municipios. Debido a la situación económica de recesión en Suecia, los municipios tienden a menudo a recaudar nuevos gastos fiscales para afrontar el gasto en cuidados de larga duración. Por otro lado, se han dado importantes pasos para abrir el suministro de servicios de atención domiciliaria a la competencia y a los proveedores privados. En 2004, el 13% de la provisión total de la atención institucional para las personas mayores en Suecia fue contratada a proveedores privados con fines de lucro y porcentajes similares se registraron también en el sector de la atención domiciliaria; hace sólo diez años, el sector privado como proveedor era casi inexistente en el país (Pavoloni y Ranci, 2008).

En Holanda se ha adoptado un modelo similar al de Francia. En la segunda mitad de la década de 1990 el país presentó "El presupuesto personal" (PP). Esta medida introdujo el principio de que los usuarios/as pueden elegir entre los servicios profesionales y las prestaciones monetarias (pudiendo decidir cómo gastar ese dinero). Los beneficiarios de la PP deben indicar quién les ha ofrecido la ayuda y cuánto han pagado por ella. La introducción de la PP también fue vista como una estrategia para introducir la competencia en el ámbito de la atención domiciliaria. De hecho, durante los años noventa del siglo XX hubo un mayor alcance de los proveedores con fines comerciales en el cuidado en el hogar. A principios de la presente década, además de la corriente principal de atención domiciliaria de las organizaciones, había alrededor de 50 organizaciones privadas recibiendo financiación pública (Pavoloni y Ranci, 2008).

En relación con el modelo liberal, éste tiene procedencia *beveridgeana*, por lo que se basa en una cobertura universal de los principales riesgos sociales, proporcionado acceso a toda la ciudadanía. Al igual que en el modelo continental hay una firme distinción entre el cuidado a la infancia (donde no interviene el Estado) y el cuidado a personas mayores (colectivizado). Reino Unido fue el primer país de Europa que creó

explícitamente un modelo para la prestación de servicios sociales basados en mecanismos de mercado, con el *National Health Service* (NHS) y la Ley de Atención Comunitaria, que separó las funciones de compra y provisión en el NHS. La reforma creó un mecanismo basado en un número de reglas del libre mercado, sin que el usuario pueda tomar cualquier decisión directa. Fue sólo con la Ley de *Community Care* de 1996 con la que se permitió a los usuarios/as establecer los términos de la prestación de servicios. No obstante, esta reforma no resultó ser muy importante, porque en 2004 sólo el 1% de los mayores de 65 años habían adquirido el derecho a recibir cuidados. En Reino Unido, las instituciones privadas comprenden el 88% de instalaciones residenciales. El proceso de mercantilización parece ser aún más marcado en el sector de cuidados en el hogar: mientras que en 1993 el 95% de las horas de cuidado fueron proporcionados por proveedores públicos, el porcentaje se redujo al 31% en 2004 (Pavoloni y Ranci, 2008).

Un dato interesante con respecto a Reino Unido es que en 1997 se creó una *Royal Commission on Long Term Care*<sup>16</sup> con el objetivo de encontrar un sistema de financiación sostenible de cuidados de larga duración (CLD). En el próximo capítulo se profundiza en este tema y se analiza el caso escocés ya que ésta fue la única región británica que adoptó una de las dos recomendaciones generales de la Comisión, la que hace referencia a que el cuidado personal debe ser gratuito.

Por último, el modelo mediterráneo tiene una clara preferencia por los cuidados realizados por la familia. Los servicios públicos de atención a personas mayores y niños/as es limitado (salvo en el caso de Italia). En Italia durante los últimos 15 años no ha habido reformas nacionales. Sin embargo, las administraciones locales y regionales han llevado a cabo experiencias interesantes, principalmente sobre la base de los programas de vales de prestaciones monetarias. Su difusión ha sido muy heterogénea, con una concentración en las regiones más ricas del Centro-Norte y casi sin difusión en el Sur, aumentando aún más las desigualdades territoriales en el acceso a la asistencia pública. Además, en los últimos 20 años ha tenido lugar una privatización no planificada. A pesar de que no se realizó ninguna reforma específica, más del 60% de los beneficiarios/as de atención residencial están alojados en instituciones privadas sin fines de lucro que son pagadas por el Estado. La privatización es aún más notable en el cuidado

---

<sup>16</sup> Una *Royal Comission* es una consulta pública formal sobre un tema concreto.



en el hogar, donde más del 80% de los servicios provienen del sector privado (Pavoloni y Ranci, 2008). En el caso de España, existe una la ley de Dependencia del año 2006, que se caracteriza principalmente porque no ha promovido una organización social del cuidado, no cuenta con los fondos públicos suficientes, ni con los servicios profesionales necesarios. La Ley únicamente da la opción de suplir con dinero (insuficiente) esa escasez, fomentando así, que las familias, las mujeres, sean las cuidadoras (Carrasco, et al. 2011). En el capítulo 5 de la presente tesis se profundiza en el caso español.

### **3.4.- Tendencias de cambio en los modelos de cuidados europeos**

Las principales vías de cambio que están experimentando los modelos de cuidados en Europa se caracterizan por un aumento de la mercantilización de los cuidados y por una diversificación en cuanto a las formas en las que el Estado interviene.

#### **3.4.1.- *Mercantilización de los cuidados***

Cada vez se le está otorgando un mayor papel al mercado y esto va a provocar cambios en lo que se considera cuidados y en las condiciones en los que éstos se prestan. No hay un patrón fijo de este comportamiento, varía según el país, pero lo que sí es genérico es que, mientras se reduce el papel del Estado, aumenta el sector “independiente”: privado y de voluntariado. Glennerster y Le Grand (1995) argumentan que la tendencia por la mercantilización no se explica sólo por motivos de ideología más conservadora o neoliberal, que no sólo Reino Unido ha seguido este camino, sino que también países de corte ideológico bien distinto, como Noruega se dirigen a esa tendencia. Además, políticas que sobre el papel pueden parecer similares, en la práctica tienen resultados bien diferentes, ya que, el contexto y las motivaciones de la aplicación pueden ser muy desiguales. Ejemplos de esta situación son el caso de Finlandia, donde la incorporación del sector privado ha impulsado la participación de pequeñas empresarias que en su mayoría provenían del sector público. Por el contrario, la mercantilización en Reino Unido se caracteriza por la abundancia de grandes empresas mayoritarias, que han propiciado un empeoramiento de las condiciones laborales de los cuidadores que en su

mayoría son mujeres. En Alemania, sin embargo la estrategia está mucho más diversificada.

Los efectos de la mercantilización en los receptores/as de cuidados son amplios y profundos. Se sistematiza más el proceso de adjudicación y esto repercute en el número de personas que acceden a los servicios, ya que están limitados por una serie de requisitos que han de cumplir para ser receptores de esos cuidados<sup>17</sup>. En estos casos es el cuidado informal el que termina cubriendo las necesidades de cuidados no cubiertas ni por el Estado ni por el mercado. Con este tipo de situaciones se llega a un debate ético, entre el derecho a recibir cuidados y el derecho a no darlos si no se quiere/puede. A este respecto algunas corrientes de pensamiento, basan su argumentación en que el mercado y la familia siguen estructuras éticas diferentes y defienden su separación. Sin embargo, como ya se ha argumentado en el marco teórico de esta tesis el uso dicotómico de lo público y lo privado no permite el estudio y la comprensión de los Estado del Bienestar, y en buena medida, es un planteamiento irreal.

#### *3.4.2.- Actuaciones de los Estados frente a la crisis de cuidados*

Con respecto a las tendencias actuales en cuanto a cómo los Estados están interviniendo, las diferencias entre países son, si cabe, mayores que en la mercantilización. Esto se debe a que estas actuaciones dependen de las estructuras que ya existían anteriormente. A este respecto se estudian las diferentes combinaciones que existen en los Estados del Bienestar con respecto a las prestaciones monetarias (y/o fiscalidad) y los servicios. Ungerson (1997) establece diferentes tipos de pago basándose en tres criterios: 1) quién recibe el pago (persona que cuida o persona que recibe cuidados); 2) montante de la prestación; 3) finalidad que se persigue. Por otro lado, Daly (1997) encuentra mayor confluencia en torno a las políticas dirigidas al cuidado de niños y niñas, donde la tendencia general es hacia la subvención pública del cuidado privado (por parte de los progenitores). En el cuidado de niños y niñas la tendencia va hacia el fomento del pago por los cuidados frente a las subvenciones del tipo ayuda por hijo/a. Sin embargo, los cambios relacionados con los cuidados a mayores son mucho más

---

<sup>17</sup> Por ejemplo, en el caso de la Ley de Dependencia en España, las personas mayores con niveles bajos de dependencia quedan fuera de la posibilidad de recibir prestaciones.

complejos y deben ser estudiados en su contexto para poder determinar si suponen una expansión o una reducción de los Estados del Bienestar.

Finlandia y los países escandinavos tienen una red de servicios de atención públicos muy amplia, pero las prestaciones monetarias están pasando cada vez más de ser un complemento de los cuidados formales a convertirse en el principal apoyo estatal. En Francia, en lugar de la expansión de servicios públicos, se ha fomentado el contrato a personas cuidadoras en el ámbito del hogar por los altos niveles de desempleo que experimenta el país. Y esta situación es más o menos igual para el cuidado de niños/as como para el cuidado a personas mayores.

Los pagos por cuidados se están extendiendo en Europa (excepto en Noruega) a la vez que se reduce la cobertura de los servicios públicos y los sistemas formales de asistencia tienen enormes dificultades para cubrir la totalidad de la demanda de cuidados. Desde finales de los años noventa del siglo XX los Estados del Bienestar han seguido principalmente dos vías con respecto al destinatario de las prestaciones monetarias: la persona cuidadora o la receptora de cuidados (tabla 3.1).

**Tabla 3.1: Destinatario de la prestación monetaria por cuidados.**

	Persona cuidadora	Persona que necesita cuidados
<b>Países representativos</b>	Dinamarca, Finlandia e Irlanda.	Austria, Alemania y Luxemburgo.
<b>Consecuencias</b>	Los cuidadores/as están bajo el amparo del Estado del Bienestar. Habría que analizar cada caso, pero se refuerza claramente el rol cuidador de las mujeres.	Los Estados del Bienestar se están distanciando de cómo se cubren las necesidades de cuidados, cada persona elige.

Elaboración propia. Fuente: Daly y Lewis (2000)

Con respecto a los servicios de cuidados, en general la provisión de servicios en los Estados del Bienestar, sobre todo comparada con la educación o la sanidad ha sido más bien residual. Además en el caso de provisión de servicios de cuidados, normalmente se da preferencia a las personas con grados de dependencia severa, en consecuencia las personas con dependencia de menor nivel con posibilidad de cuidados familiares suelen

quedar fuera del derecho a recepción de servicios. Un ejemplo de una actuación novedosa es el caso de Alemania, donde se introdujo un nuevo tramo en la Seguridad Social para cubrir los cuidados. Consiste en que ofrece el pago de una cantidad fija sujeta a condiciones muy concretas con respecto al grado de necesidad esto contrasta con el procedimiento habitual, que vincula los pagos a la renta y los condiciona a la participación en el mercado laboral (Daly y Lewis, 2000).

#### *3.4.3.- Debate sobre el impacto de estas tendencias*

El tema de los cuidados ha estado presente en la mayoría de los debates de los Estados del Bienestar desde los años ochenta del siglo XX, pero se ha hecho mucho más hincapié en las obligaciones, como la responsabilidad parental y el cuidado a familiares mayores, que a los derechos. Este planteamiento contrasta con la necesidad de las personas de realizar un trabajo remunerado, que evidentemente todas las personas necesitan para ser autónomas económicamente. La expansión de los Estados del Bienestar en materia de cuidados se ha limitado, en la mayoría de los casos, a prestaciones monetarias, por lo que el tema no está para nada agotado y quedan muchos planteamientos por hacer. Además, es interesante destacar el hecho de que los cuidados representan un factor primordial dentro de los debates ideológicos referidos a la relación contemporánea entre el individuo, la familia, el mercado y el Estado del Bienestar. Los tres aspectos clave sobre este tema para el futuro son: 1) la capacidad que tiene el tema de los cuidados para analizar la dimensión de género en las políticas sociales, 2) el hecho de que el uso del concepto de cuidados puede mejorar el análisis de los Estados del Bienestar contemporáneos y 3) es un concepto útil para estudiar las trayectorias llevadas a cabo por los Estados del Bienestar contemporáneos (Daly y Lewis, 2000).

Según el punto de vista de Pavolini y Ranci (2008) los cambios producidos en Europa están influenciados por factores institucionales como la presión en los costes en residencias y en cuidados sanitarios y han ido dirigidos a sustituir o completar los sistemas de pensiones de invalidez y los servicios de salud. Sin embargo, el camino seguido por estas reformas ha generado fuertes críticas sobre el impacto de estas medidas en el cuidado y cómo este se divide entre el mercado, la familia, el Estado y la comunidad. Al igual que Daly y Lewis (2000), estos autores señalan las dos tendencias mencionadas, pero sin embargo, no comparten el mismo planteamiento y son más optimistas con los

resultados de las medidas que se están aplicando en Europa. Con respecto al proceso de mercantilización del cuidado y los riesgos que la mercantilización conlleva junto con la división entre fuente de financiación y el proveedor de los servicios, los autores plantean que se ha tratado más de perfeccionar servicios que de reducir costes. Añaden que si en un principio podría parecer que incorporar criterios de mercado iba a reducir la responsabilidad gubernamental, la mercantilización de los cuidados ha venido acompañada de un aumento de la cobertura y la regulación públicas. Esta afirmación es bastante discutible y requiere de un análisis más profundo para poder determinar si lo afirmado por los autores es producto de la mercantilización o simplemente una situación que se ha desarrollado de manera paralela ha dicho proceso. Más aún, cuando se privatiza la gestión o la provisión de un servicio público hay que tener en cuenta que los resultados pueden no ser satisfactorios, ya que los criterios de mercado serían los imperantes y no tanto el proporcionar un servicio público de calidad, independientemente del margen de beneficio. No obstante, habría que estudiar los datos y comparar con otras situaciones.

Pavolini y Ranci (2008) tampoco comparten otra crítica muy habitual: el uso del cuidado informal en la mayoría de los casos, de las mujeres, para reducir costes y responsabilidades al sector público; mediante el fomento de las prestaciones monetarias sin tener en cuenta el impacto en la participación laboral femenina y en lo que ésta se traduce. Ellos no creen que las políticas de transferencias estén dirigidas a un aumento del papel familiar, aunque no son muy claros a este respecto ya que no argumentan el porqué de esta afirmación. Plantean que las prestaciones monetarias lo que hacen es reconocer y sustentar un cuidado familiar para hacerlo explícito pero no dándolo por sentado. Sin embargo, dan a entender que el cuidado es una responsabilidad familiar que sólo es llevada a cabo por la familia en situaciones extraordinarias<sup>18</sup>, o por razones “objetivas”, como insuficiencia de medios económicos<sup>19</sup> o dependencia grave. Exponen el papel cuidador de las mujeres como algo “natural”, estableciendo como solución una mercantilización del cuidado y un apoyo directo a las familias que no son capaces de cuidar. Pero, aquí habría que preguntarse quién valora si una familia o una mujer es capaz de cuidar o no. En el marco teórico de la presente tesis se ha visto como el papel cuidador de las familias ha sido un rol tradicionalmente impuesto y que con el aumento de derechos de las mujeres se ha ido discutiendo cada vez más. Las mujeres, con un pleno

---

<sup>18</sup> Sin ir más lejos, en el caso de España lo extraordinario es el cuidado formal.

<sup>19</sup> Este motivo acarrea importantes desigualdades sociales.

acceso a la educación desean poder ejercer un trabajo y ser independientes económicamente, lo cual resulta bastante incompatible con ser cuidadora, y por tanto dependiente del Estado o de la pareja.

A este respecto el punto de vista del trabajo de Bettio y Plantenga (2004) es totalmente contrario al de Pavolini y Ranzi (2008). Las autoras aportan información que muestra que los diferentes modelos de cuidados tienen diferentes efectos socioeconómicos en la ciudadanía de los países. El ejemplo más claro es el impacto que tiene la oferta de servicios públicos en el empleo femenino. Existen niveles altos de amas de casa y trabajadoras a tiempo parcial para cuidar en Irlanda, Grecia, España e Italia; un nivel medio en centro Europa y Reino Unido; y un nivel bajo de las dos variables en los países nórdicos. Esta situación tiene un impacto directo en la pobreza femenina. Efectivamente, no poder acceder a un empleo remunerado influye en los ingresos familiares y personales; a parte de la dependencia económica de las mujeres con respecto a sus maridos, lo cual puede llevar a situaciones bastante problemáticas, como por ejemplo en casos de separación o violencia de género (Sundstrom, y Stafford, 1991; Rubery, et al., 1995; Anttonen, y Sipilä, 1996; Gornick, et al., 1997; Cebrián y Moreno, 2013; Cebrián y Moreno, 2015).

Además, aumenta el riesgo de pobreza en la vejez dada la falta de cotización para poder recibir una pensión. Esta situación es muy habitual dado que la mayoría de las mujeres se casan con hombres mayores que ellas y además, las mujeres tiene una mayor esperanza de vida, por lo que es previsible que vivan más años y con ingresos insuficientes que les pueden situar en situaciones graves de pobreza. En definitiva, un buen sistema nacional de cuidados puede reducir los riesgos de pobreza en la vejez (Vara, 2011; Cebrián y Moreno, 2013; Cebrián y Moreno, 2015).

Otro de los efectos socioeconómicos estudiados es el impacto de los sistemas de cuidados en la natalidad. Las primeras teorías a este respecto indicaban que el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral<sup>20</sup> traería aparejado un descenso de la natalidad. Pero las investigaciones más recientes han demostrado, que no tiene por qué ser precisamente así y que tiene más que ver con los sistemas de cuidados nacionales.

---

<sup>20</sup> Por el incremento de nivel educativo, etc.

Es decir, los países con un sistema de cuidados menos apoyado en el cuidado informal, tienden a tener mayores tasas de natalidad (ejemplo: modelo nórdico). Esto es debido a que favorecen la conciliación entre trabajo y familia. En el sur o en el centro de Europa las mujeres tienen que elegir que entre dos opciones, o trabajar o ser madre, y eso hace que muchas para no renunciar a su vida profesional no tengan hijos/as y la tasa de natalidad sea muy baja (Sundstrom, y Stafford, 1991; Anttonen, y Sipilä, 1996; Bettio y Plantenga, 2004).

En definitiva los efectos socioeconómicos de las políticas de cuidados que se lleven a cabo en los sistemas nacionales de cuidados, son muy importantes, ya que tienen consecuencias en variables económicas muy trascendentales como la natalidad, el empleo femenino y la pobreza. Asimismo, los diferentes sistemas nacionales de cuidados son producto de factores históricos, culturales, sociales y económicos de cada uno de los países. Y en la actualidad se encuentran ante un importante desafío: el proceso de envejecimiento de la sociedad.

Volviendo al trabajo de Pavolini y Ranci (2008) ellos explican que los patrones de la innovación, en general se han ido hacia una descentralización, el Estado ha trasladado muchas de las responsabilidades a niveles locales. La implementación de esta estrategia ha venido acompañada de dos objetivos principales: 1) hacer que los programas de prestaciones monetarias sean más focalizados y más efectivos, evitando el desperdicio y las fugas 2) reducir el impacto financiero de la prestación directa de servicios profesionales de cuidados en la medida de lo posible y racionalizar la distribución a favor de los más necesitados. Es decir, reducir costes en los dos casos.

Además, los autores plantean que los programas de cuidados de larga duración se han centrado en dos estrategias principales. En primer lugar, las nuevas medidas se han desarrollado para aumentar la autonomía y la capacidad de cuidado de las familias con miembros dependientes. Es precisamente con respecto al cuidado familiar donde el método ha cambiado. Anteriormente, la alternativa estaba entre dar prestaciones monetarias u ofrecer los servicios<sup>21</sup>. La idea que estaba detrás de este planteamiento era

---

<sup>21</sup> Prestaciones monetarias: método basado en la delegación de la responsabilidad del cuidado a la familia. Servicios: método basado en la prestación de servicios en especie destinada a sustituir la

que los servicios formales e informales eran alternativas excluyentes. Las nuevas medidas se han volcado en plantear, que el cuidado formal e informal no son soluciones alternativas sino actividades complementarias<sup>22</sup>. El propósito de los programas públicos se ha convertido en apoyar y complementar el cuidado de las familias por medio de una mayor libertad de elección para los ciudadanos<sup>23</sup> con la concesión de prestaciones en metálico para apoyar a los cuidadores/as informales, la concesión de una mayor flexibilidad en los paquetes de servicios de cuidados y la difusión de medidas de conciliación de cuidado de personas cobrando un salario.

En segundo lugar, la siguiente estrategia que se está siguiendo según Pavolini y Ranci (2008) es que la oferta pública de atención en el hogar y los proveedores privados (organizaciones e individuos) ha aumentado. Anteriormente, el cuidado en el hogar estaba fuertemente limitado por dos factores principales: el alto grado de selectividad de la atención en el sector privado y el monopolio de facto del tercer sector como proveedores de los programas de atención domiciliaria de financiación pública. La estrategia adoptada ha sido la de ampliar y diversificar la gama de servicios de cuidado en el hogar mediante la introducción de la mecanismos de competencia en los sistemas del sector público y el incentivos al desarrollo de servicios privados.

De las afirmaciones del trabajo de Pavolini y Ranci (2008) se deduce que el objetivo es que las mujeres sigan siendo las responsables del cuidado, se les paga para eso y si quieren optar a un trabajo remunerado que lo hagan en jornadas reducidas para que no descuiden su rol cuidador. Esto se puede convertir en una trampa, porque si el Estado no ofrece servicios necesarios, nunca existirá la libertad de elección (de la que tanto hablan los autores), y serán las mujeres las que renuncien a una vida laboral plena (como lo datos demuestran, por ejemplo en Bettio y Plantenga (2004) donde se expone que el 70-80% del cuidado informal en Europa lo realizan mujeres). La experiencia ha demostrado que si no existen servicios disponibles y alguien de la familia tiene que cuidar

---

atención dada por familias, tratando de esta manera de eliminar la responsabilidad, al menos parcialmente, del cuidado a las familias (Esping-Andersen, 1990).

<sup>22</sup> Según como esté planteada esta complementariedad puede ser delicada, perpetuando la actual organización social de los cuidados y todos los riesgos que conlleva.

<sup>23</sup> En este punto cabe preguntarse qué entienden los autores por libertad de elección.



de una persona mayor por una pequeña paga, finalmente el trabajo de cuidados lo realiza una mujer<sup>24</sup>.

### **3.5.- Recapitulación**

En todos los países estudiados observamos que se está produciendo una presión social hacia las políticas de cuidados, esto es debido a que nos encontramos frente a una progresiva disminución de los recursos de cuidados de los familiares y a la paulatina reducción de recursos de financiación de los servicios públicos. En líneas generales, en Europa ha habido un incremento de la cobertura, se está fomentando la atención domiciliaria frente a los servicios residenciales y las políticas son cada vez más universalistas. No obstante, continúan los problemas de financiación, que en definitiva no son más que falta de voluntad política, por lo que se incrementan los copagos (favoreciendo sistemas cada vez más regresivos) y se recurre más a las prestaciones monetarias (ya que el fomento del cuidado informal es mucho más barato). Por otro lado, se ha incrementado mucho la introducción de cuasi mercados junto con el aumento de las prestaciones monetarias, situación que los defensores del libre mercado encuentran como la más beneficiosa. Los argumentos que defienden estas medidas se refieren al incremento de la competencia, la mayor capacidad de elección, etc. A lo largo de este capítulo se ha argumentado el riesgo que conlleva una privatización de los servicios públicos y las consecuencias de las prestaciones monetarias para el bienestar de las mujeres.

Las diferencias más significativas por países son las siguientes. Alemania, Francia y Holanda han sido los más innovadores<sup>25</sup>, los tres países han asumido la dependencia como una situación de riesgo social, por lo que la ciudadanía tiene que tener derecho a la protección pública y así ha aumentado mucho la cobertura. No obstante hay algunas diferencias, Alemania ha dado más apoyo al cuidado informal, mientras que en Francia y Holanda se han fomentado más los servicios profesionales de cuidado en el hogar. En contraposición observamos otros dos tipos de tendencias en Europa, por un lado tenemos

---

<sup>24</sup> Así se ha observado en el caso español, la aplicación de la ley de dependencia priorizó las prestaciones monetarias de entorno a los 400 euros y la mayoría de ese cuidado informal lo realizan mujeres.

<sup>25</sup> También porque el Reino Unido y Suecia empezaron con este tipo de políticas mucho antes, en torno a la década de los años setenta del siglo XX.

Suecia y Reino Unido, países en los que se han incrementado los copagos y la atención domiciliaria. Y, por otro lado, Italia y España, en donde el sector público no ha ofrecido los servicios necesarios, por lo que las familias han recurrido en gran medida al sector privado, concretamente, a la contratación de mujeres inmigrantes. Además en Italia hay unas diferencias territoriales muy grandes entre el Norte (más avanzado en estas medidas) y el Sur. Estas dos últimas tendencias contrapuestas, motivan la elección de Reino Unido y el caso específico de Escocia para un estudio más exhaustivo de sus políticas de cuidados, que se expondrá en el próximo Capítulo.

## Capítulo 4: El Cuidado Personal Gratuito en Escocia

### 4.1.- Introducción

En este capítulo se estudia el origen, la aplicación y los resultados de la implantación del cuidado personal gratuito para personas mayores en Escocia. Se detalla este caso por ser un ejemplo reciente en el que una región europea muestra una preocupación por mejorar la organización social del cuidado. Además, ya que la literatura especializada ha analizado con mayor profusión el modelo de los países escandinavos, el estudio de Escocia permite analizar otro tipo de prácticas y profundizar en las características del modelo liberal. Conviene profundizar en este modelo porque en los últimos años parece que España está tendiendo hacia un modelo liberal, en el que se generalizan las prestaciones monetarias y aumenta la mercantilización del cuidado.

Escocia, fue la única región de Reino Unido en aplicar algunas de las recomendaciones realizadas por la *Royal Commission on Long Term Care*. Concretamente, adoptó una de las dos recomendaciones generales de la Comisión, la que hace referencia a que el cuidado personal debe ser gratuito. Esta es una experiencia original cuyo estudio puede arrojar luz sobre las virtudes y los inconvenientes de este tipo de medidas. Al mismo tiempo, permite observar los avances que se están produciendo en el proceso de mercantilización de los cuidados que es una de las principales vías para modificar los modelos de cuidados que se están impulsando en Europa.

Los casos de Escocia y de España, que se analizará en el próximo capítulo, a pesar de ser dos regiones europeas diferentes con políticas de cuidados distintas, muestran un volumen de cuidados informales (en su mayoría de mujeres) muy alto. Esto se debe a dos factores principales: 1) en las dos regiones, la perspectiva de género estuvo muy poco presente en la creación y en la aplicación de las políticas y 2) los gobiernos de las diferentes regiones no le han prestado la importancia que se merece a la grave crisis de cuidados en la que nos encontramos.

Para abordar este tema primero se exponen los objetivos y las principales recomendaciones de la *Royal Commission on Long Term Care*. En segundo lugar, se muestra la respuesta que ofreció el gobierno escocés al informe que dio como resultado la Comisión. Por último, se analiza la aplicación del *Free personal care* en Escocia, atendiendo a diferentes cuestiones como el impacto en la financiación, en la provisión de cuidados y las quejas y los problemas de la puesta en marcha de la política.

#### **4.2. - Royal Commission on Long Term Care**

En 1997 Gran Bretaña hizo un esfuerzo por mejorar la organización social del cuidado con la puesta en marcha de la *Royal Commission on Long Term Care*. El objetivo de la Comisión era encontrar opciones, tanto a corto como a largo plazo, para organizar un sistema de financiación sostenible de cuidados de larga duración (CLD). Este sistema estaría dirigido a personas mayores, que vivieran tanto en sus propios hogares como en residencias y otros tipos de centros. El resultado fue un extenso informe en el que se hacían una serie de recomendaciones. Dicho informe se basó en varios trabajos de investigación en los que participaron numerosos investigadores/as.

Durante doce meses el objetivo de la Comisión se centró en recomendar cómo se debería financiar el sistema teniendo en cuenta la disponibilidad que había de fondos públicos y privados. Para lograr dicho objetivo se señalaba la importancia de tener en cuenta una serie de aspectos, como por ejemplo, la demanda de CLD y el nivel socioeconómico de los demandantes, las expectativas que tenían las personas mayores en cuanto a la cobertura de sus necesidades y las fortalezas y las debilidades de los acuerdos que ya existían sobre este tema. Además se planteó que las contribuciones que tuvieran que hacer los individuos fueran decididas de una manera justa y eficiente. Por último, se tuvieron en cuenta las restricciones de los fondos públicos y los trabajos ya realizados en esta materia por diferentes organismos (Royal Commission on Long Term Care, 1999).

En ninguno de los puntos de la Comisión aparece mención alguna a la problemática que supone la carga del cuidado informal, asumido en la mayoría de los casos por mujeres. Por lo que es de esperar que si en los objetivos no se tiene en cuenta este tema, es probable que en los resultados no se encuentren mejoras en el reparto

desigual del cuidado a nivel micro (entre hombres y mujeres) y/o a nivel macro (Estado, mercado, familia y voluntariado).

Partiendo de la base de que la vejez no tiene por qué ser un problema, sino que debe ser planteada como un momento de la vida que tiene sus propias satisfacciones, la Comisión propuso dos recomendaciones generales (Royal Commission on Long Term Care, 1999).

1. La primera tiene que ver con la clasificación de los costes de los CLD. En esta recomendación general la Comisión propone que estos costes se clasifiquen en tres tipos: los costes de manutención, los costes de la vivienda y los costes del cuidado personal. Tras una evaluación de las necesidades de atención, se decidió que los costes del cuidado personal deben ser financiados con los impuestos y por tanto deben ser gratuitos para toda la ciudadanía. Los otros dos costes pueden estar sujetos a copagos, según los medios económicos de cada persona.
2. La segunda recomendación general de la Comisión propone que el Gobierno debe establecer una Comisión Nacional del Cuidado, con el fin de que ésta pueda seguir las tendencias demográficas y de gasto, garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en el sistema, representar los intereses de los consumidores y fijar puntos de referencia para el presente y el futuro.

Con respecto a la primera recomendación, se propuso que para sufragar los costes de la misma y que éstos fueran asequibles y sostenibles a largo plazo, es indispensable que la responsabilidad de la prestación sea compartida entre el Estado y la ciudadanía. Sin embargo, no sería justo que los CLD dependan solo de los ingresos o del ahorro de las personas que los necesitan. Asimismo, los seguros privados no ofrecen los servicios que se requieren a un coste aceptable, ni ofrecen el grado de cobertura necesario. Por lo que se propone que la forma más eficiente de distribución de riesgos a través de las diferentes generaciones es con los impuestos, así se asegura que se cubren todas las necesidades de atención. La utilización de un “*hypothecated tax*”<sup>26</sup> no es una solución para Reino Unido porque sería una carga muy grande para los jóvenes y crearía incertidumbre en el futuro (Royal Commission on Long Term Care, 1999).

---

<sup>26</sup> La dedicación de los ingresos de un impuesto específico para un propósito particular.

Para la Comisión, la respuesta está en el Estado, pero éste no puede cubrir todos los gastos de los CLD en sentido amplio, por lo que, como se ha visto, dividen los costes en tres tipos y determinan que los costes de manutención y los costes de alojamiento se cubran con el ingreso y el ahorro de las personas y sólo sea el coste de cuidado personal el que esté a cargo del Estado. En el momento en el que se elaboró este informe, en Reino Unido un 2,2% de los impuestos provenientes de los ingresos, pensiones y las inversiones se destinaban a CLD en residencias y en el hogar de las personas dependientes. Las mejoras que propone el informe implican un incremento del 0,45% de este proyecto Ley. Lo conveniente es que las personas prevean que en un futuro podrán necesitar cuidados y por tanto sufragar sus gastos de alojamiento y manutención, ya que consideran que esta provisión es asequible para muchas personas (Royal Commission on Long Term Care, 1999).

En esta cuestión no se están teniendo en cuenta las circunstancias particulares de muchas mujeres, sobre todo las de mayor edad, que en muchas ocasiones, no han tenido la oportunidad de participar en el mercado laboral, y por tanto, puede que sus pensiones no les permitan obtener esos ingresos y ahorros mínimos.

En relación con la segunda recomendación, la creación de la Comisión Nacional de Cuidados es planteada de vital importancia por tres cuestiones principales: la falta de confianza en el sistema actual, la incertidumbre sobre los datos y el cinismo de los gobiernos con respecto a sus intenciones futuras en referencia a los más jóvenes. El sistema necesita mejorar y hacer más eficaz la puesta en común de los presupuestos, incluidos el coste de la vivienda y las ayudas para gastos. Se recomienda que el cuidado sea cada vez más en el hogar y que, por tanto, el papel de la vivienda sea cada vez más importante. Habría que crear más servicios para los que tienen cuidadores/as informales y sería conveniente obtener más información sobre los discapacitados y las discapacitadas jóvenes. El informe tiene como objetivo conducir a una verdadera modernización del sistema de ayuda financiera. Hay inquietud y preocupación al respecto, por lo que se espera que los gobiernos tengan en cuenta este debate que está dentro y fuera del Reino Unido, se trata de organizar la manera en que una sociedad civilizada debe cubrir el costo de atención a las personas mayores (Royal Commission on Long Term Care, 1999).

La Comisión planteó otra serie de propuestas relacionadas con la financiación, la prestación de servicios, las ayudas a los cuidadores/as, la transparencia e información del sistema y proyecciones de futuro. Con respecto a las recomendaciones sobre ayudas a las personas cuidadoras, la Comisión es bastante escueta y poco concreta, se limita a plantear que se necesitan mejores servicios para personas que tiene un cuidador/a y que el gobierno debería suministrar “*National Career Support*” a estas personas cuidadoras (Royal Commission on Long Term Care, 1999).

En definitiva no es conveniente mantener el sistema como está porque el actual es complejo y es difícil saber lo que se puede esperar de él. Además, los resultados que se han obtenido con el actual sistema no son satisfactorios<sup>27</sup>. En definitiva, no hay confianza en el sistema y sus ineficiencias motivan la idea de que ha llegado el momento de modernizarlo. Si los gobiernos aceptan estas propuestas, significa que están apostando porque las personas mayores estén mejor y más seguras. Finalmente, a pesar de todas estas recomendaciones, en Gran Bretaña, solo Escocia puso en marcha algunas de las medidas que proponía la Comisión.

#### **4.3.- La respuesta del gobierno escocés a la *Royal Commission on Long Term Care***

El gobierno escocés se hizo eco de las recomendaciones de la Comisión y elaboró su propio informe, en el que resume lo expuesto en la *Royal Commission* y señala las recomendaciones que Escocia va a apoyar y las que no. El ejecutivo escocés considera a las personas mayores como el colectivo más necesitado de cuidados y, por tanto, se inclina a favor de que sean quienes reciban el mayor apoyo. Declaran que están decididos a garantizar un presupuesto para asistencia sanitaria y gasto en *social care* (Scottish Executive, 2000).

En el informe muestran su reconocimiento al trabajo de la Comisión, les parece un tema significativo y declaran haber llevado a cabo ya muchas de las recomendaciones

---

<sup>27</sup> Existen ayudas para los más pobres pero las personas con ingresos medios que necesitan ayuda se empobrecen antes de poder recibir algún tipo de ayuda.

del informe. En particular apoyan: establecer normas y estándares de calidad, dar apoyo a la ciudadanía, otorgar pagos directos a las personas mayores de 65 años que necesiten cuidados para que elijan el destino de ese dinero e incrementar la coordinación entre los proveedores de cuidados. Asimismo, defienden mantener los derechos ya adquiridos (Scottish Executive, 2000).

Desde 1993 las autoridades del “*social work*” han evaluado las necesidades de cuidados de las personas y la organización y financiación del cuidado para atender esas necesidades. La ciudadanía tiene miedo de perder esas ayudas ya adquiridas, por lo que el gobierno se esfuerza por garantizarles que no las van a perder. Por otro lado, critican que algunas de las soluciones propuestas proponen alojar a las personas mayores en residencias porque es más fácil para ellos, pero lo ideal es que tengan independencia y puedan estar en sus casas. Con respecto al cuidado en las residencias, reconocen la angustia que viven muchas personas mayores por tener que vender su casa para recibir cuidados. Plantean que los que tengan casa no deberían sentirse presionados a venderla, porque igual pueden volver después de un periodo de rehabilitación. Por lo que habría que proporcionarles alternativas a los que no quieren vender su casa (Scottish Executive, 2000).

El gobierno escocés también está interesado en reducir las desigualdades y anomalías sobre la carga económica del cuidado. Está de acuerdo con que el cuidado de enfermería debe ser proporcionado por el Estado. La Comisión recomendó que el “cuidado personal” debe ser financiado por los impuestos generales (sujetos a una evaluación de las necesidades). Están de acuerdo con la Comisión en que es importante que haya *personal care* y *nursing care* gratuito, porque enfermedades como por ejemplo el Alzheimer necesitan de un tipo cuidado que no proviene necesariamente de personal de enfermería (Scottish Executive, 2000).

El ejecutivo escocés constata el hecho de que la mayoría de las personas mayores viven en su casa, incluso los más débiles. La mayoría quiere quedarse ahí, pero lamentablemente una de cada cinco personas que están en residencias, con la atención y los servicios adecuados, podría haberse quedado en casa. El cobro por cuidado en el hogar es muy diferente según el lugar de Escocia, en algunos casos todos los servicios son gratis y en otros los cargos van desde 11,50 libras a 85 libras por semana. Por lo que se proponen



cambiar estas diferencias por localidades para que haya justicia (Scottish Executive, 2000).

Por último, con respecto a las nuevas inversiones, el gobierno escocés, afirma que tiene los recursos y la determinación necesarios para incrementar la independencia y la dignidad de las personas mayores en su casa. A continuación, con el análisis de la aplicación de estas mediadas veremos si realmente se lograron esos objetivos o no (Scottish Executive, 2000).

#### **4.4.- Aplicación del *Free Personal Care* (FPC) en Escocia**

En el año 2002 el gobierno escocés puso en marcha la ley que regularía el cuidado personal gratuito. Con la Ley *Community Care and Health (Scotland) Act 2002* el cuidado personal y de enfermería empezó a estar financiado estatalmente, en las residencias, los centros de cuidados sanitarios y el cuidado personal ofrecido en los propios hogares. En la tabla 4.1, se observa la cronología del contexto legislativo de los CLD en Escocia, la última ley a este respecto es de 2013 y en ella se hicieron algunos cambios de la ley que se estudia a continuación.

**Tabla 4.1: Contexto legislativo de los CLD en Escocia**

1	The Royal Commission on Long Term Care, 1997
2	The Scottish Executive's response to the Royal Commission on Long Term Care, 2000
3	Regulation of Care (Scotland) Act 2001
4	Community Care and Health (Scotland) Act 2002
5	Social Care (Self-directed Support) (Scotland) Act 2013

El FPC se introdujo prácticamente a la vez que otros cambios relacionados con el cuidado, entre ellos destaca el “*Single Shared Assessment* (SSA)”. El SSA se creó a partir del *Report of the Joint Future Group*, un informe del gobierno escocés, que tenía como objetivo evitar la duplicación en la evaluación de las necesidades de cuidados llevados a cabo por diferentes organismos y así propiciar que los servicios fueran más rápidamente

a los usuarios/as. Aunque existían diferencias por regiones, el SSA estaba bastante implantado. Sin embargo, aunque tanto el personal de servicios sociales como el personal sanitario debían estar igualmente involucrados, el personal de servicios sociales estaba mucho más implicado en el sistema. Las evaluaciones realizadas por los trabajadores/as sociales son más completas y el incremento de las solicitudes de FPC lo llevaba a cabo el “*Social work services*” (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

La puesta en marcha del FPC puso de manifiesto problemas preexistentes en cuanto a las responsabilidades de cada sector. No está claro a quién corresponden las responsabilidades de las tareas de salud o de cuidado y esta es una cuestión importante ya que dependiendo de cómo se organicen los servicios, se establecerá qué organismo es responsable de sufragar los gastos. Estas son tensiones antiguas, de antes de la aplicación del FPC, pero que van en incremento por el aumento de las personas mayores demandando servicios de atención y cuidados. En las entrevistas a las asociaciones de voluntariado, éstos manifestaron que es difícil cooperar con los servicios sanitarios. Por ejemplo, declaraban que el personal sanitario no explica a los pacientes los diferentes tipos de cuidados a los que tienen derecho una vez obtenida el alta hospitalaria. En definitiva, el FPC no es el responsable de estos problemas, pero ayudó a que se pusieran de manifiesto (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

A continuación se estudian los resultados de la aplicación del FPC en Escocia, atendiendo a los aspectos clave de la puesta en marcha de dicha política, como son la financiación, el tipo de provisión de servicios, el acceso a los mimos, las quejas, los problemas y limitaciones de la política y su impacto en el cuidado informal.

#### 4.4.1.- *Impacto en la financiación*

El impacto sobre la financiación varía según la autoridad local (AL). Dependiendo del nivel de riqueza y las políticas de cuidados previas incluyendo las tarifas de cada región, el impacto sobre la financiación ha sido diferente. No obstante, a pesar de las peculiaridades de cada localidad, todas las AL coinciden en que el FPC supone una presión sobre los presupuestos. La mayoría sienten que no tienen fondos suficientes y que su gasto ha superado las expectativas de la subvención propuesta por el gobierno escocés,

la *Grant Aided Expenditure*<sup>28</sup> (GAE). En relación a la asignación de la GAE existe una importante confrontación entre las AL y el gobierno escocés; la mayoría de las AL consideran insuficiente el dinero de la GAE y ven como cada vez se incrementan más los costes y las diferencias entre localidades (Bell y Bowes, 2006; Bell, Bowes y Dawson, 2007). Paradójicamente, el gobierno escocés pretendía reducir esas diferencias, pero se observa que en la práctica no lo está consiguiendo.

A pesar de que casi todas las AL destacan la presión sobre los presupuestos, es importante señalar que las causas no se deben solo a la puesta en marcha del FCP, también ha influido la presión demográfica y algunos cambios políticos más profundos. El aumento de la demanda de FPC puso más presión a los recursos que de por sí ya eran limitados y cada AL ha actuado de manera diferente para intentar satisfacer la demanda y cubrir los costes. La demanda de FPC creció entre 2002 y 2005 un 62% para el cuidado en el hogar y un 29% para el cuidado en residencias (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Analizando este incremento de la demanda se distinguen una serie de factores que se cree no han afectado en su aumento y otra serie de factores que sí se considera que han afectado. Entre los factores que no han afectado, se tiene que no ha habido un cambio demográfico que justifique el incremento de demanda, no se ha producido un inesperado incremento de la discapacidad de los mayores escoceses y no se ha reducido el cuidado informal. Por el contrario, entre los factores que sí han afectado al aumento de la demanda, se tiene que, el FPC ha venido a cubrir las necesidades de cuidados de parte de la población que antes estaban insatisfechas. Estas personas, antes de la existencia del FPC no recibían ayuda de las autoridades locales o bien se pagaban sus servicios de manera privada o sólo tenían derecho a prestaciones de asistencia (*Attendance Allowance*<sup>29</sup>). Otro factor que puede haber motivado el incremento en la demanda es el cambio en el comportamiento de los cuidadores/as informales, que aunque siguen estando ahí, ya no se dedican a realizar las tareas propias del *personal care*, sino otro tipo de

---

<sup>28</sup> La GAE no es una financiación real, sino una estimación del coste de prestación de un servicio particular. Se hace una proyección de tres años que después puede variar. La GAE se utiliza como base para el cálculo de la subvención que el ejecutivo escocés ofrece a las AL.

<sup>29</sup> Las "*Attendance Allowance*" son unas ayudas monetarias para el cuidado personal que dependen del gobierno británico y a las que pueden optar personas de 65 años o más que tengan alguna discapacidad física o intelectual.

cuidados. Además la gratuidad del servicio hace que aumenten las expectativas de la ciudadanía sobre el sector público (Bell y Bowes, 2006; Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Entre los años 2001 y 2006, se redujo bastante el número de personas que estaban en lista de espera para recibir la ayuda que les correspondía. Esto se debe a una buena organización en la oferta del servicio (tanto en el propio hogar como en residencias). Sin embargo, el crecimiento de la demanda de FPC es mayor que la reducción en las listas de espera, lo cual, puede explicar parte del incremento de la demanda. El paso de los costes que antes sufragaba el servicio de salud a los servicios sociales no ha ido siempre acompañado de los recursos correspondientes. Por lo tanto, puede parecer que el FPC implica un aumento de costes (desde el punto de vista de las AL), pero desde un punto de vista global, habría que incluir la reducción de costes en servicios sanitarios (Bell, Bowes y Dawson, 2007; Bell, Rutherford, y Wright, 2013).

En definitiva cabe destacar que desde el punto de vista las AL los costes del cuidado a personas mayores no han hecho sino crecer. Sin embargo, desde un punto de vista más global incluyendo los costes de cuidado sanitario, quizás estén disminuyendo, porque se reduce el cuidado en el hospital y se incrementa el cuidado en el hogar.

#### *4.4.2.- Impacto en la provisión de cuidados*

Para poder satisfacer el incremento de demanda de cuidados las AL han propiciado el desarrollo del sector privado y del sector del voluntariado. De esta forma la aplicación del FPC ha fomentado el avance hacia una economía mixta en los servicios de atención. No obstante, el incremento del sector privado se ha producido más en las zonas donde la densidad de población es mayor, ya que en estas zonas ofrecer los servicios sale mucho más rentable. Las AL consideran que el sector privado cubre la demanda de forma más flexible, en horarios en los que los servicios tradicionales no podían actuar, como por ejemplo los fines de semana. Creen que el sector privado y el voluntariado incrementan la flexibilidad y la rapidez en el servicio. La mayoría de las AL han observado la existencia de una relación directa entre la introducción del FPC y el aumento del sector privado. Si bien, la puesta en marcha del FPC no buscaba impulsar el sector privado, ese ha sido el resultado observado (Bell, Bowes y Dawson, 2007). Esta situación demuestra que la aplicación del FPC no vino acompañada de un plan de acción de oferta

servicios de cuidados públicos, por lo que es lógico que se haya recurrido al sector privado. Si ese no era el objetivo, tampoco se hizo nada para evitarlo.

Asimismo, este resultado ha puesto de manifiesto algunos problemas. En el sector privado los trabajadores están menos preparados, peor pagados, tienen un menor aprendizaje y no cuentan con oportunidades de desarrollo<sup>30</sup>. En algunas regiones el sector del cuidado está prácticamente dominado por empresas privadas, lo cual hace que las AL estén preocupadas por que el mercado esté sometido por un pequeño número de proveedores muy grandes que debilite la posición negociadora de las AL. Además, la ausencia de competencia a nivel local, puede mantener los precios muy elevados para las AL y para las personas que compran este tipo de servicios directamente (Bell y Bowes, 2006; Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Por otro lado también es importante señalar que los proveedores privados están asesorando a la ciudadanía a la hora de solicitar las ayudas a las AL, éstos se encargan de garantizar que el cliente obtenga el máximo de financiación de la prestación local, lo cual ejerce presión sobre los presupuestos. Sin embargo esta situación debería entenderse como algo positivo porque son derechos de la población, que de hecho debería ser responsabilidad del sector público informales de los servicios que están a su disposición. En definitiva, estos cambios en la disponibilidad de la oferta del sector privado están incrementando las provisiones de servicios privados, lo cual favorece la posibilidad de elección de los clientes, pero ejerce más presión en los presupuestos. Preocupa que el mercado lo controlen pocos proveedores nacionales de grandes dimensiones y que éstos dejen fuera a un gran número de pequeños proveedores locales<sup>31</sup> (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

#### 4.4.3.- *Quejas al FPC*

La evaluación de las necesidades de atención es un requisito indispensable para poder beneficiarse del FPC y del cuidado de enfermería. Las “listas de espera” en esa evaluación es una de las principales quejas de la ciudadanía. Con todo, las AL consideran que son necesarias porque las evaluaciones rápidas no tienen sentido, sobre todo en gente

---

<sup>30</sup> En el sector público hay más oportunidades de promoción.

<sup>31</sup> Concentración de la riqueza en unas pocas empresas, que pueden ejercer monopolios.

con problemas complejos. Las AL defienden que las evaluaciones tarden lo necesario (entre 4 o 5 semanas) para poder hacer una correcta evaluación (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Por problemas de financiación las AL establecieron “listas de prioridad”. En estas listas se da prioridad a las personas que no pueden permitirse contratar el servicio directamente. Las AL se quejan de que no tienen dinero para cubrir toda la demanda y que por eso tienen que recurrir a estas listas. El volumen y el contenido de las quejas varía según la AL y éstas suelen estar influenciadas por los medios de comunicación. Las quejas más habituales provienen de cuestiones relacionadas con la comida preparada, también por la confusión sobre los cálculos de la renta imponible y sobre las diferencias entre el cuidado personal y la limpieza de la casa. Además, la ciudadanía demanda servicios que cubran más horas de atención (Bell, Bowes y Dawson, 2007; Bell, Rutherford, y Wright, 2013).

Por otro lado, las AL están preocupadas por la generalización de los pagos directos. Ha habido un ligero aumento de la solicitud de pagos directos<sup>32</sup>. No obstante las AL tiene confianza en la alta calidad ofrecida por el sector público, lo que alentaría a la gente a preferirlos frente a los servicios privados (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Una consecuencia directa de FPC ha sido la necesidad de disponer de más información sobre los cuidados de larga duración y sobre la cuantía de los servicios que se están ofreciendo (Bell, Bowes y Dawson, 2007). Lamentablemente, en Escocia hay una particular debilidad en cuanto a la disponibilidad de datos, ya que es una de las pocas regiones de la Unión Europea sin una encuesta longitudinal de personas mayores. Este colectivo continúa siendo excluido de muchas de las encuestas o representan un porcentaje muy pequeño que impide realizar un análisis estadístico significativo. Esta situación impide avances en esta materia, no se pueden mejorar los servicios ofrecidos si se carece de la información del volumen real de necesidades de cuidados de la población.

---

<sup>32</sup> Los pagos directos dificultan un cambio en la organización social de los cuidados.

#### 4.4.4.- *Impactos indirectos*

Uno de los impactos indirectos ha sido que los problemas que ya existían con anterioridad se han intensificado. La introducción del FPC ha reducido los ingresos que provenían de cobrar por los servicios de cuidados que ofrecían antes las AL. No obstante, las AL que con anterioridad al FPC ofrecían cuidados gratuitos, han notado menos los cambios y el incremento de la demanda no ha sido tan sustancial. Dadas estas diferencias por localidades, existe una gran variación en el gasto por cliente en cada localidad (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Otro problema que ha surgido a raíz del FPC ha sido la reducción de la oferta de mano de obra. Las razones pueden ser varias, desde cambios demográficos por el envejecimiento de la población, a la emigración de los más jóvenes de zonas rurales a zonas urbanas y que cada vez hay menos mujeres dispuestas a realizar este tipo de trabajos, ya que pueden acceder a otros con mejores condiciones laborales. Igualmente, existe una significativa dificultad para encontrar personal con la suficiente preparación. El sector privado y voluntario ha incrementado la competencia y es más difícil encontrar personal adecuado. Esta situación se traduce en que el problema de encontrar mano de obra es uno de los que más influyen en la posibilidad de ofrecer los servicios adecuadamente<sup>33</sup> (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Otro impacto indirecto y fundamental en este análisis es lo ocurrido con el cuidado informal. El cuidado informal ha experimentado cambios, no tanto cuantitativos, pero si cualitativos. Es decir, las personas que realizaban el cuidado informal al no tener que realizar el cuidado personal, en lugar de abandonar su tarea de cuidadores/as, lo que han hecho es realizar otro tipo de cuidados. El resultado para la persona que necesita cuidados es que ahora recibe un mayor volumen de atenciones. Lamentablemente no existen datos sobre el alcance de la sustitución del cuidado informal por cuidado formal. En algunas localidades se vio una reducción del cuidado informal, pero pasado el tiempo, al ver que con el FPC no era suficiente muchas personas volvieron a sus tareas de cuidados. Esto apoya la idea de que usuarios/as y cuidadores/as deberían participar en las decisiones y

---

<sup>33</sup> Esta situación también se puede ver como una oportunidad de generación de empleo.

en la elaboración y definición de las ayudas (Bell, Bowes y Dawson, 2007; Bell, Bowes, y Heitmueller, 2007).

La conclusión general a este respecto es que no ha habido una reducción significativa del cuidado informal. Por lo que no se puede utilizar como explicación del aumento de la demanda del FPC. Con los datos de la encuesta *Family Resources Survey* se observa que a la hora de comprar Escocia con Reino Unido en los dos ha habido una ligera reducción del número de cuidadores informales, siendo esta reducción mayor en Escocia, pero no lo suficientemente significativa como para que se pueda asociar al FPC. Con respecto a las horas dedicadas a cuidar de manera informal, no existe una clara tendencia a la reducción del número de horas en Escocia<sup>34</sup> (Bell, Bowes, y Heitmueller, 2007).

#### 4.4.5.- Problemas del FPC

Uno de los principales problemas que existía antes y continúa con el FPC son las diferencias por localidades. Hay variaciones en las listas de espera, en las plazas ofrecidas para residencias y de cuidados en el hogar y en el gasto anual por usuarios/as. Estas diferencias se deben a que algunas AL están más comprometidas que otras; al final, los servicios ofrecidos son diferentes según la localidad de residencia. Además, no solo las AL muestran falta de interés sino que en ocasiones también ocurre con el público en general, los cuidadores/as sanitarios y los/as representantes electos. Toda esta situación genera que se realicen importantes denuncias al sistema (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

Otro de los problemas más generalizados es la falta de comprensión de la política. Por lo general, la gente no tiene clara la distinción entre cuidado personal y otro tipo de cuidado en el hogar. Por lo que les resulta difícil distinguir los diferentes tipos de cuidados. Además los problemas se agrandan con las ideas erróneas que tiene la población sobre el FPC. Estas ideas son, por ejemplo, que todos los cuidados son gratuitos, que la atención se ofrece sin necesidad de evaluación (*means-tested*<sup>35</sup>) y que nunca va a ser

---

<sup>34</sup> Puede que para detectar cambios en el cuidado informal se necesite que pase más tiempo y poder a analizar un periodo de tiempo más largo.

<sup>35</sup> Los "*means-tested*" son pruebas que se realizan a individuos o familias con el fin de determinar los medios que poseen y de esta manera poder decidir si tienen derecho o no a recibir una ayuda gubernamental.



necesario vender su casa para poder vivir en una residencia (Bell y Rutherford, 2012). Las AL critican que el gobierno escocés no ha facilitado mucha información, por lo que la mayoría de los datos que tiene la población son en base a lo que publican los medios de comunicación.

Otro de los problemas que ha tenido la aplicación del FPC, ha sido el relacionado con que todavía hay mucha gente que a la vez que recibe el FPC aún sigue teniendo acceso a otros subsidios que ya no les son necesarios<sup>36</sup>. En general muchos de los problemas provienen de la falta de asesoramiento. Las AL sienten que el gobierno escocés muchas veces no ha sido claro y esta falta de información ha dificultado la definición de las tareas asignadas al cuidado personal y cuáles son los límites. Esta falta de información tiene consecuencias bastante graves, las autoridades locales están preocupadas porque el personal de los servicios sanitarios y muchos de los políticos no saben muy bien en qué consiste la Ley. El resultado de todo esto es que el desconocimiento genera expectativas muy altas que a la larga generan importantes quejas (Bell, Bowes y Dawson, 2007).

#### **4.5.- Recapitulación**

A lo largo de este capítulo se han expuesto las principales características del FPC y los resultados de su aplicación. Se observa como la puesta en marcha de esta política, ha impactado claramente en la oferta de servicios privados. Por lo que el proceso de mercantilización que se apuntaba en el capítulo anterior como tendencia general en Europa también está presente en Escocia.

Como aspectos positivos se puede destacar que el FPC ha incrementado la demanda de empleo, por lo que ha servido como motor económico de la región. Aunque no se sabe hasta qué punto, el cuidado informal ha sufrido alguna reducción. No obstante, muchos de los cuidadores/as informales continúan cuidando aunque realizando otras tareas. Con respecto a resultados más negativos, se ha expuesto que el hecho de que el FPC tenga quejas y problemas es debido en gran parte a la falta de financiación. Por lo

---

<sup>36</sup> Por ejemplo, hay personas que continúan beneficiándose del subsidio de asistencia, "Attendance Allowance".

que se pone de manifiesto que para que una política con un buen planteamiento salga adelante es necesario que traiga aparejada un buen plan de financiación.

La experiencia escocesa muestra algunos aspectos comunes con lo que ocurre en España. Las listas de espera también han sido muy habituales en la aplicación de la Ley de Dependencia y la demanda también superó las expectativas. En España igualmente existen importantes diferencias por Comunidades Autónomas, la aplicación de la Ley ha sido muy desigual. A este respecto llama la atención como a pesar de que entre los objetivos del gobierno escocés estaba reducir las diferencias por localidades, éstas no han hecho sino aumentar. La diferencia más significativa con el caso español es que en Escocia el papel del voluntariado es mucho más importante. En España por, el contrario, destaca la contratación de mujeres inmigrantes, en la mayoría de los casos de manera ilegal.

## **Capítulo 5: La Ley de Dependencia en España y su Aplicación**

### **5.1.- Introducción**

En este capítulo se exponen las principales características del marco institucional que hay en España con respecto a la dependencia. Conviene exponer las principales características de este sistema, para saber cuál es el contexto en el que se desarrollan los datos sobre cuidados que se analizan en el estudio empírico de la presente tesis doctoral.

Primero se presentan las principales recomendaciones del Libro Blanco de la Dependencia (LBD) y su propuesta de un sistema nacional de dependencia. Los resultados del LBD fueron utilizados para la realización de la posterior Ley de Dependencia (LD). En segundo lugar se resumen las principales características de la aplicación de la LD atendiendo a diferentes aspectos y observando las diferencias que existen entre comunidades autónomas. El análisis de la aplicación engloba el estudio de las solicitudes, los dictámenes, el número de personas beneficiarias y prestaciones de servicios, las prestaciones económicas, la financiación, los costes y las principales reclamaciones.

### **5.2.- El Libro Blanco de la Dependencia (LBD)**

El LBD, fue un encargo realizado por el gobierno de España al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). El objetivo era sentar las bases para una futura ley dirigida a las personas dependientes. La investigación se terminó en diciembre de 2004 y fue publicada en el año 2005. El equipo de trabajo que realizó la investigación estaba compuesto fundamentalmente por personal del IMSERSO y colaboradores externos. Se observa como hace diez años que personas expertas en el tema y el gobierno vienen poniendo de relieve que este es un tema urgente, de gran importancia para la sociedad española y, sin embargo, como se verá más adelante, pocos avances se han conseguido en todo este tiempo: el cuidado informal sigue siendo mayoritario en España.

El LBD está compuesto por doce capítulos, en los que se tratan temas como las bases demográficas de la dependencia, la fundamentación jurídica de la dependencia, el cuidado informal que realizan las familias, la atención a la dependencia de los menores de 65 años y la atención a las personas mayores en situación de dependencia. También se abordan cuestiones referidas al papel del sistema sanitario, a la financiación de la dependencia y a la estructura y los instrumentos necesarios para la realización de un modelo de baremos administrativos de valoración de la dependencia. En el LBD se muestra el potencial de generación de empleo y retornos económicos que tendría la implantación de un sistema nacional de dependencia y el análisis de algunos de los sistemas de cuidados de larga duración que existen en Europa y en países de la OCDE. En el último capítulo, basándose en lo analizado en capítulos anteriores se detallan una serie de recomendaciones para un sistema nacional de dependencia, que a continuación veremos con un poco más de detalle.

#### *5.2.1.- Concepto y clasificación de la dependencia en el LBD*

El LBD define a la dependencia tal y como lo hizo el Consejo de Europa en 1998, en la aprobación de una recomendación relativa a la dependencia. El objetivo de dicha recomendación era mejorar la situación de los dos principales grupos afectados: las personas dependientes y sus cuidadoras/es. Literalmente las definiciones son:

“la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (IMSERSO, 2005).

Las principales ideas que se extraen de estas dos definiciones son que la dependencia implica: 1) una limitación física, psíquica e intelectual, 2) una incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria por uno mismo, 3) la necesidad de que exista una tercera persona que realice los cuidados que demanda la persona dependiente.

El siguiente punto clave es concretar qué se entiende por actividades de la vida diaria (AVD). No es fácil determinar qué actividades considerar en esta categoría pero en el LBD se distinguen dos tipos (IMSERSO, 2005):

1º) Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de:

- Autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...).
- De funcionamiento básico físico: desplazamiento en el hogar.
- Mental: reconocer personas y objetos, orientarse, etc.

2º) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

- Son más complejas que las ABVD
- Requieren de una mayor autonomía personal
- Tomar decisiones
- Ejemplos: tareas domésticas, usar el teléfono, administración del hogar y la propiedad, acordarse de tomar la medicación ir al médico, pasear, etc.

Con el fin de estudiar las características de los dependientes, el LBD analiza los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES 99) del Instituto Nacional de Estadística (INE). Esta encuesta utilizó la categorización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1980 y de las 36 actividades básicas que consideraba la OMS, se eligieron 13 actividades como ABVD (tabla 5.1).

**Tabla 5.1: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**

<b>Autocuidado</b>	Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto. Controlar las necesidades e ir solo al servicio. Vestirse, desvestirse y arreglarse. Comer y beber
<b>Movilidad en el hogar</b>	Realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerlas. Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado. Desplazarse dentro del hogar.
<b>Movilidad extradoméstica</b>	Deambular sin medio de transporte.
<b>Trabajo doméstico</b>	Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios. Cuidarse de las comidas. Cuidarse de la limpieza y planchado de la ropa. Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa. Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999

Este tipo de medición tiene algunos problemas importantes. Por un lado, no se puede distinguir entre las personas con discapacidad severa o total para el menos una de las actividades básicas y las personas con discapacidad severa o total para alguna actividad instrumental, sin que las actividades básicas estén comprometidas. Esto es porque en las 13 actividades hay ABVD y AIVD. Por otro lado, no se incluyen entre las 13 actividades las relacionadas con el funcionamiento mental básico. De esta forma se subestima el número de personas dependientes. Para poder hacer una estimación de la población que es y será dependiente necesariamente hay que definir un umbral de entrada y una fórmula de graduación de esa entrada. De esta manera se pretende fijar la cuantía de las prestaciones y la intensidad y la frecuencia de los servicios de atención<sup>37</sup>(IMSERSO, 2005).

<sup>37</sup> Con este tipo de afirmaciones en el LBD ya se están distinguiendo dos tipos de ayudas: económicas y servicios.

Como inspiración para el modelo español, en el LBD se muestran dos ejemplos diferentes. Por un lado el modelo alemán, en el que el umbral de entrada es en función de la cantidad de ayuda que se necesite. Es decir, para ser considerado dependiente debes de necesitar como mínimo al día 90 minutos de atención, de los cuales 45 minutos tienen que ser para el cuidado personal y a partir de ahí se establecen tres grados de atención. En el modelo francés el umbral de entrada para el Subsidio Personalizado de Autonomía es en función del tipo de ayuda. Existe dependencia cuando se necesita ayuda para asearse y vestirse, realizar actividades personales o alimentarse y también cuando se necesita ayuda para levantarse. En Francia existen seis grados de severidad y los dos últimos, los más leves, no dan derecho al subsidio sino a algunos servicios de ayuda a domicilio (IMSERSO, 2005; Díaz, Ladra y Zozaya, 2009).

En cuanto al caso español, en el LBD se habla de la importancia de fijar unos criterios en cuanto a cantidad y tipo de ayuda. Además se considera la necesidad de aplicar un baremo para poder encuadrar y discernir con criterios objetivos si alguien es dependiente y en qué grado. Esto en ese momento era difícil porque con la encuesta EDDDES 99 sólo disponían de autovaloraciones de la gente, en vez del diagnóstico de un equipo multidisciplinar como debería de ser. Para estimar la severidad de las discapacidades se le asignan niveles de dificultad a las distintas actividades, de lo que se obtiene la información contenida en la tabla 5.2 (Albarrán y Alonso, 2009).

**Tabla 5.2: Grados de discapacidad para realizar las actividades**

<b>Grado 1: Dependencia moderada</b>	Necesidad de ayuda para realizar una o varias ABVD, al menos una vez al día.
<b>Grado 2: Dependencia severa</b>	Necesidad de ayuda para realizar varias ABVD, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador/a.
<b>Grado 3: Dependencia total</b>	Necesidad de ayuda para realizar distintas ABVD, varias veces al día, y por pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.
<b>Grupos A y B</b>	Grupo A: discapacidad moderada para alguna ABVD, pero no necesita ayuda directamente Grupo B: discapacidad para alguna AIVD, pero sin discapacidad para las ABVD.

Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO, 2005.

El modelo de estimación propuesto por el LBD asigna un punto por cada actividad respecto de la cual la persona tiene una discapacidad moderada. Dos puntos por cada actividad respecto de la cual la persona presenta una discapacidad severa. Y tres puntos por cada actividad respecto de la cual la persona presenta una discapacidad total. Con este sistema de puntos se divide a la población según diferentes niveles de dependencia. Los resultados de 1999 reflejaban los siguientes datos (IMSERSO, 2005):

- Número de personas con alguna discapacidad para las ABVD: 2.285.340
- Desglose según el máximo grado de severidad:
  - Moderada: 693.817
  - Severa: 731.705
  - Total: 815.491

#### *5.2.2.- Propuesta de sistema nacional de dependencia del LBD*

En el LBD se presentan los diferentes tipos de modelos de protección social a la dependencia que existen en Europa. Por un lado, se expone el modelo de protección universal utilizado en los países nórdicos y Holanda, definiéndolo como un modelo que está financiado mediante impuestos y que cubre a toda la ciudadanía. Por otro lado, se abordan los modelos de países como Alemania, Austria y Luxemburgo que están organizados a través de los Sistemas de Seguridad Social de cada país. Estos modelos cubren las necesidades de los dependientes con prestaciones que se basan en las cotizaciones. Y por último analizan el modelo mayoritario en los países del sur de Europa, donde el sistema tiene un fuerte carácter asistencial, dirigido fundamentalmente a la población desprovista de recursos (IMSERSO, 2005; Díaz, Ladra y Zozaya, 2009).

Los modelos universal y por cotizaciones son a lo que tienden la mayoría de países en la Unión Europea. No obstante en todos los modelos existe una característica común y es que parte de los costes de la dependencia tienen que ser cubiertos, en mayor o menor medida, según el modelo, por las personas dependientes. En la tabla 5.3 se muestran los principios básicos de un sistema nacional de dependencia en España definidos en el LBD (IMSERSO, 2005; Díaz, Ladra y Zozaya, 2009).



**Tabla 5.3: Principios básicos de un sistema nacional de dependencia**

<ul style="list-style-type: none"><li>• Universalidad de la prestación: Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad y el origen de la dependencia y situación social, podrán acceder a las prestaciones del Sistema, en las condiciones y con los requisitos que se establezcan.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Carácter público de la prestación con independencia de las formas de financiación y de las que adopte la gestión concreta de cada prestación.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Igualdad en el acceso al derecho: El Estado debe garantizar la igualdad básica en el acceso a las prestaciones de todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia, aunque las Administraciones autonómicas y locales podrán, con cargo a sus presupuestos, ampliar o mejorar las condiciones básicas. La ley de atención a la dependencia tendría carácter de normativa básica estatal y, por tanto, de mínimos garantizados.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cofinanciación por parte de los usuarios en las condiciones que se establezcan con carácter general para toda España.</li></ul>

Fuente: IMSERSO, 2005

Los argumentos a favor de cada uno de los dos modelos mayoritarios en Europa son los siguientes. Por un lado el modelo universal es bueno porque atendiendo a las características sociales y en algunos casos socio-sanitarios de la dependencia es conveniente abordarla como se aborda la asistencia sanitaria, de esta forma las administraciones públicas serían responsables de ofrecer los servicios necesarios a la ciudadanía. Por otro lado, el modelo organizado a través de la seguridad social es defendido por el hecho de que la dependencia es una condición que se puede tener o no. Como, según esta visión, solo una parte de la ciudadanía se vería afectada por la dependencia, defienden este modelo en el que cada persona transfiere una parte pequeña de sus recursos mediante cotizaciones finalistas a un fondo común de la seguridad social. Consideran este modelo adecuado por suponer un paso más en el régimen preexistente de protección de invalidez contributiva y no contributiva y además, lo plantean como un paso previo a un modelo universal. En definitiva, la propuesta de un sistema nacional de dependencia se enmarca dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, representado como el cuarto pilar del Estado del Bienestar y mediante el cual se garanticen servicios

coordinados, suficientes y de calidad y un acceso real y efectivo a los mismos en todo el territorio español (IMSERSO, 2005).

### 5.2.3.- *Fundamentación jurídica*

En el LBD se argumenta que en la Constitución española existe la fundamentación jurídica suficiente para regular una norma que aborde la dependencia y que el Estado tiene las competencias suficientes para llevarla a cabo.

La ley que el LBD propone debe (IMSERSO, 2005):

1. Establecer el derecho a la protección social a la dependencia
2. Concretar las prestaciones que lo hacen efectivo
3. Determinar el sujeto de derecho (la persona dependiente, el cuidador y/ o su familia)
4. Nombrar a los órganos responsables de reconocer el derecho y de hacerlo efectivo.
5. Determinar las funciones de cada organismo: Estado, Comunidades Autónomas y corporaciones locales.
6. Concretar las responsabilidades en la financiación de cada prestación y actuación.
7. Las obligaciones de la persona dependiente y de sus familiares.

La valoración de la dependencia debe realizarse mediante la aplicación de un baremo, para que, con criterios objetivos se pueda determinar si una persona se encuentra en situación de dependencia y en qué grado. El LBD recomienda que las personas encargadas sean personal de servicios sociales y personal del ámbito sanitario. Los criterios consensuados deben ser transmitidos a todos los organismos implicados en la valoración (CCAA, centros de salud, servicios sociales municipales). El objetivo de aplicar estos baremos es el de poder establecer las prestaciones económicas en función de la necesidad requerida y delimitar grupos con necesidades similares para poder articular la atención requerida como por ejemplo con la atención domiciliaria, los centros de día o a las residencias (IMSERSO, 2005).

#### 5.2.4.- Beneficiarios/as, servicios y prestaciones

Se entiende por beneficiaria a la persona dependiente o a la persona que tengan a su cargo menores de dieciocho años dependientes.

**Tabla 5.4: Tipos de ayudas a la dependencia**

<b>La persona recibe una cuantía económica</b>	Es una prestación de carácter personal ajustada según el grado de dependencia, debe ser igual en todo el territorio español y ser destinada a cubrir las necesidades de ayuda para la vida diaria.
	Debería destinarse únicamente al pago de los servicios, por lo que sería conveniente que se reportara al beneficiario/a una vez éste haya recibido los servicios o se le abonara directamente al prestador del servicio.
	<p>En el caso de que los servicios los realicen cuidadores(as informales, se deben cumplir una serie de requisitos:</p> <p>1) La prestación económica debe tener una menor cuantía, esto es con el fin de desincentivar esta práctica, que ellos entienden tiene repercusiones negativas: no se garantiza que la prestación se esté destinando a una adecuada prestación del servicio, se desincentiva la creación de empleo en el sector y obstaculiza el objetivo de largo plazo de que las mujeres, cuidadoras informales mayoritarias, se incorporen al mercado laboral.</p> <p>2) La persona o personas cuidadores informales deben estar dadas de alta en la Seguridad Social y coticen según las horas de prestación. Para evitar que la prestación se convierta en un mero complemento de pensión.</p>
<b>El sistema proporciona los servicios necesarios</b>	Estos servicios estarían garantizados para aquellas personas que los necesitaran, como en los servicios sanitarios, y el sistema lo financiaría con recursos propios o concertados.
	En el LBD se propone que los gestores de estos servicios deben ser las CC.AA., las cuales asignarían a cada dependiente los servicios o el centro que mejor se ajustan a sus necesidades (según grado de dependencia, proximidad al centro, etc.). Si el servicio que necesita un dependiente no lo puede cubrir el Estado con sus servicios, éste tendrá que proporcionarle una compensación con una prestación económica para que el dependiente o su familia, intenten buscar una alternativa en el sector privado.
	Los servicios deben estar cofinanciados por los usuarios y que esta cofinanciación se articulará de manera diferente si el sistema se financia por cotizaciones a la seguridad social (según la cuota que tenga cada persona) o mediante impuestos (según nivel de renta).

Con respecto a los tipos de ayuda, llama la atención dos cuestiones. Por un lado, el hecho de que cuando la ayuda económica es destinada a un cuidador/a informal, el propio LBD destaca el impacto negativo de esta práctica. Entonces, ¿por qué ofrecerla? Parece que estén renunciando desde el principio a apostar por un auténtico cambio en la organización social de los cuidados. Por otro lado, con respecto a la prestación de servicios se observa como la mayoría están delegados a las CCAA. Esta situación tiene el riesgo de generar diferencias entre CCAA y como se verá más adelante en los resultados de la aplicación de la ley, así ha sido. La aplicación de la LD ha sido muy diferente según la CCAA, generando de esta manera importantes desigualdades.

Las cuantías de las prestaciones dependerán de la capacidad financiera del sistema<sup>38</sup> y de los costes a los que en teoría se van a enfrentar los dependientes. En principio en el LBD se plantea que sean iguales para el mismo grado de dependencia, aunque pueden haber diferencias en las necesidades (servicios a domicilio o residencia) lo cual implicará diferentes costes. Asimismo, el LBD plantea una hipótesis basada en el modelo alemán de atención a la dependencia, la cual unifica las cuantías de la prestación por grado de dependencia, tanto para los que precisan de atención domiciliaria como residencias, para favorecer que las personas continúen en su domicilio el mayor tiempo posible (IMSERSO, 2005).

#### *5.2.5.- Financiación del sistema*

Con respecto a la financiación, en el LBD se establece que el tipo de financiación dependerá del modelo elegido. Si se trata de un sistema de seguridad social, habría una cotización específica para estas cuestiones. Estos ingresos estarían complementados con otras fuentes de financiación para las personas que no hayan podido cotizar. Si el sistema elegido es el universal, la financiación debería ser en cargo a los impuestos de los presupuestos generales del Estado. Sea uno u otro modelo, éste tendría que contar con la financiación ya existente en los presupuestos de las CCAA. También se podría poner un impuesto a las actividades que generan dependencia, como sobre el alcohol y tabaco, multas de tráfico, etc. Además, resulta muy importante tener en cuenta los retornos económicos que se generen. En el LBD se plantea que toda esta financiación debería

---

<sup>38</sup> Este asunto también puede entenderse como una cuestión de prioridades.

reunirse en un Fondo Estatal para la Financiación del Sistema Nacional de Dependencia con los objetivos de: 1) financiar los servicios y la prestación económica, 2) crear infraestructuras de centro y servicios y 3) establecer equipos de valoración y gestión del sistema (IMSERSO, 2005, Albarrán y Alonso, 2009).

#### 5.2.6.- Organización y gestión del sistema

En el LBD se propone cómo debería organizarse y gestionarse el sistema. Esta organización se divide en tres estamentos con diferentes tareas asignadas y grados de responsabilidad (tabla 5.5).

**Tabla 5.5: Competencias según la institución**

<b>Estado</b>	Legislación en materia laboral, sanidad y Seguridad Social (también régimen económico).
<b>CCAA</b>	Competencia en la ejecución de la legislación materia de trabajo y relaciones laborales, desarrollo legislativo, y ejecución de la legislación básica sanitaria y de la seguridad social. Todas las CCAA tienen competencia exclusiva en servicios sociales.
<b>Corporaciones locales</b>	Participación en la cobertura de las necesidades de la dependencia con recursos propios y transferidos desde el estado y las CCAA. En el caso de que sean lo suficientemente grandes tendrán las mismas competencias que las CCAA.

Fuente: IMSERSO, 2005

El Estado debe controlar el seguimiento de la Ley y evaluarla, esto lo hará mediante un análisis estadístico comparado de los índices de la dependencia. Además, el LBD propone la creación de un Observatorio de la Dependencia (para analizar tendencias, realizar estudios e investigaciones para encontrar buenas prácticas nacionales e internacionales). Por otro lado el Estado y las CCAA deben cooperar para un correcto desarrollo del sistema.

El número de competencias asignadas a las CCAA propuestas por el LBD es bastante elevado. Entre ellas destaca, la labor de valorar la dependencia y establecer el derecho a prestación o servicio, la oferta de los servicios ofrecidos, establecer los órganos

de gestión administrativa, sancionar los incumplimientos del servicio y evaluar el funcionamiento del sistema. Además el LBD también les asigna la responsabilidad de la creación de una red de servicios a la dependencia y sus proveedores y de llevar un registro de los servicios de ayuda a domicilio y tele asistencia acreditados (IMSERSO, 2005). El grado de responsabilidad de las CCAA es muy alto y por ello más adelante veremos cómo se producen importantes diferencias entre ellas.

#### *5.2.7.- La calidad en el sistema*

El sector público tendrá que garantizar la calidad del Sistema de atención a personas dependientes. Por un lado, la calidad en los recursos, fijando requisitos de calidad y estableciendo un horizonte temporal en cuanto a exigencia de estos requisitos, teniendo en cuenta, las diferencias en los recursos existentes y las dificultades de implementación. Por otro lado, la calidad en la prestación de los servicios, estableciendo una cartera de servicios en las que se explicaran los compromisos con las personas en situación de dependencia y especificando los aspectos de gestión, como estándares de calidad mínimos, e indicadores de rendimiento (IMSERSO, 2005).

### **5.3.- La aplicación de la Ley de Dependencia**

A continuación se analiza la aplicación de la Ley que dio como resultado el Libro Blanco de la Dependencia ya analizado. Se estudia la aplicación de los cinco primeros años de la “Ley 39/ 2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia” (LD)<sup>39</sup>. Este análisis se centra solo en los cinco primeros años porque aunque se produjeron cambios de la Ley dentro de ese periodo, fueron las reformas del Real Decreto- Ley 20/2012, de 13 de julio las que prácticamente dismantelaron la LD (Díaz, Ladra y Zozaya, 2009; Albarrán y Alonso, 2009; Vara, 2014). El objetivo es evaluar la aplicación mientras se mantuvo la idea original de la Ley.

---

<sup>39</sup> La información referida al sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD), creado a raíz de la LD son publicados y actualizados mensualmente por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), a la cual las CCAA transfieren la información.

En este apartado se resumen las principales características de la aplicación de la LD en cuanto a solicitudes, dictámenes, personas beneficiarias y prestaciones de servicios, prestaciones económicas, financiación, costes y reclamaciones a 1 de mayo de 2012.

#### 5.3.1.- *Solicitudes*

El número de solicitudes desbordó las primeras estimaciones, esto es un indicador de que entre la población las expectativas era muy altas y de que existían grandes necesidades de cuidados. Los datos referidos a las solicitudes de prestación registradas revelan importantes diferencias en España. Concretamente analizando las solicitudes<sup>40</sup>, en relación a las cifras de población de cada CCAA (para poder compararlas), se pueden establecer cuatro niveles de solicitudes. El primero, el que tiene más solicitudes en relación a su población es el grupo formado por Andalucía, La Rioja, Castilla la Mancha y Cantabria. El segundo grupo lo componen Castilla y León, Cataluña y País Vasco. Los dos últimos grupos con menor número de solicitudes, son el tercero formado por Galicia, Murcia, Extremadura, Asturias y Navarra. Y el cuarto y último grupo formado por Canarias, Comunidad Valenciana, Comunidad Autónoma de Madrid, Islas Baleares y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. En las regiones donde hay un mayor porcentaje de solicitudes se debe a que la población tiene más interiorizada la existencia de la SAAD, por el contrario en las regiones con pocas solicitudes, probablemente es porque haya habido una implantación muy deficiente del sistema. La explicación a estos datos puede deberse a que no ha habido un claro compromiso político, lo que normalmente se traduce en que la ciudadanía tenga pocas expectativas de obtener protección y en que el procedimiento para canalizar las solicitudes no ha sido el adecuado (González, 2013).

Se observa como el nivel de motivación varía mucho según la CCAA. Las razones que explican estas diferencias entre CCAA son, entre otras, la difusión y la publicidad que se ha hecho de la Ley, la imagen que dan de mayor o menor facilidad para obtener una calificación de dependencias y las prestaciones que se les atribuyen. La calidad y extensión de las estructuras administrativas y el protagonismo que le da la comunidad a las fórmulas privadas o semiprivadas de atención, también son factores determinantes. En

---

<sup>40</sup> Situación a 1 de mayo de 2012.

definitiva se trata de la voluntad política de los responsables autonómicos con la implantación del SAAD (González, 2013).

### 5.3.2.- *Dictámenes*

En cuanto a los dictámenes según grados y niveles de dependencia, el porcentaje nacional es bastante alto, del 93,26%. Las diferencias por CCAA no son muy llamativas. Destacan por encima de la media: La Rioja, Valencia, Cantabria, Navarra, Aragón y País Vasco. En la media nacional se encuentran: Andalucía, Baleares, Castilla y León, Castilla la Mancha, Cataluña, Madrid y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Y las peor posicionadas son: Extremadura, Asturias, Galicia, Murcia y sobre todo Canarias (González, 2013).

Otro factor interesante es el del número de personas beneficiarias de las prestaciones en relación con el número de dictámenes emitidos, a este respecto la media nacional es del 68,18%. La explicación más plausible a esta circunstancia, es que se le ha dado prioridad a las personas con gran dependencia o dependencia severa. Probablemente las personas rechazadas tenían un nivel de dependencia inferior, y como la aplicación de la Ley tenía un carácter gradual, en esta primera etapa de aplicación solo se atendía a las personas con mayor dependencia. Este tipo de aplicación ha provocado que la estructura del grupo de personas con un dictamen positivo organizada por nivel de dependencia, no tenga una forma triangular (más personas con dependencia moderada que con gran dependencia) sino más bien como una pirámide invertida, en la que el número de personas con gran dependencia y dependencia severa es muy próximo (Díaz, Ladra y Zozaya, 2009; González, 2013).

### 5.3.3.- *Personas beneficiarias y prestaciones de servicios*

El número de prestaciones reconocidas por el SAAD es superior al de personas beneficiarias porque cada persona puede tener derecho a más de una prestación, de hecho la media nacional del ratio de prestaciones por persona beneficiaria es de 1,24. Con respecto al número de personas beneficiarias y las diferencias existentes entre CCAA, algunas están por encima de la media como La Rioja, Andalucía o Castilla la Mancha. Sin embargo, muchas otras tienen un ratio de 1 o entorno al 1. Este puede ser un indicador



negativo, ya que en esas regiones podría estar pasando que no se está permitiendo la compatibilidad entre prestaciones (Díaz, Ladra y Zozaya, 2009; González, 2013).

Con respecto a las prestaciones de prevención de la dependencia y de promoción de autonomía personal, en general cabe destacar que no han tenido una importante implantación en todo el territorio nacional, lo cual muestra muy poco interés en aplicar medidas que dan resultados a largo plazo (Vara, 2014). Además una evaluación correcta de su aplicación no es fácil; es probable que los criterios que se han utilizado para evaluarlas no estén claros ni sean homogéneos. Esto es así porque los datos revelan que en las CCAA donde se ha visto una buena implantación del SAAD arrojan datos muy bajos en prevención y donde se ha visto una aplicación muy deficiente, los datos son más altos que en otras CCAA. Esta disparidad de cifras, hace entrever que los criterios de contabilización no son homogéneos. Un ejemplo de esta circunstancia es la CA de Madrid que muestra un número de prestaciones de prevención superior al de prestaciones económicas vinculadas al servicio. Otro ejemplo sería el de Andalucía donde el SAAD está muy bien implantado y, sin embargo, los datos arrojan que no se ha otorgado ninguna prestación para este respecto (González, 2013).

En cuanto a la teleasistencia, ésta tiene una aplicación desigual. Por un lado, hay CCAA como Andalucía, Madrid o Cataluña donde ya se ofrecía este servicio con anterioridad y por tanto hay un grado de implantación bastante alto. Por otro lado, hay regiones como Asturias, Extremadura y Galicia con un nivel más bajo, que indica que no se está organizando este servicio adecuadamente. La prestación de ayuda a domicilio, una de las prestaciones más importantes para la autonomía personal y para que las personas dependientes no tengan que abandonar su entorno social y familiar, tiene un porcentaje bastante alto de implantación. De hecho en muchas CCAA ya se ofrecía este servicio desde antes de la implantación de la Ley. Por encima de la media nacional en este servicio están Madrid, Andalucía, La Rioja y Galicia. Y por debajo de la media destaca, Navarra Extremadura y Cantabria (González, 2013).

Los centros de día y de noche, en general no arrojan buenos resultados. Esta es una circunstancia muy negativa porque estos centros tal y como se explica en la Ley son muy eficaces a la hora de ofrecer servicios profesionales a los dependientes y facilitar la conciliación de los familiares que los cuidan. Su nefasta aplicación se debe a la poca

voluntad política y a que su aplicación es más cara que las prestaciones económicas o que otro tipo de servicios. Al no existir previamente buenos centros especializados, la creación es mucho más costosa y por eso están tan poco extendidos en el territorio nacional. Por último, respecto a la atención residencial resulta llamativo cómo ésta ofrece porcentajes más altos en las CCAA donde la implantación del SAAD ha sido más débil, como por ejemplo Madrid, Valencia o Canarias. Por el contrario, las CCAA de la Rioja, Cataluña o Navarra presentan una menor implantación de la atención residencial (Díaz, Ladra y Zozaya, 2009; González, 2013).

#### *5.3.4.- Prestaciones económicas*

La Ley clasifica tres tipos de prestaciones económicas: las vinculadas al servicio, las de cuidado familiar y las de asistencia personal. La primera fue presentada en la Ley como prioritaria frente a las de cuidado familiar, cuando la CA no puede ofrecer los servicios directamente. El resultado ha sido totalmente el contrario, las segundas han superado con creces a las primeras, debido no solo a preferencias de las personas beneficiarias sino sobre todo a la debilidad del mercado de servicios profesionales. Los analistas creen que esta tendencia se invertirá con el tiempo, porque según ellos el cuidado informal realizado por familiares se irá reduciendo dado que los cambios en las estructuras de las familias y la incorporación de las mujeres al mercado laboral harán que el mercado de servicios profesionales aumente. Sin embargo, lamentablemente, la realidad que se ha analizado en esta tesis no hace presagiar este tipo de resultados, ya que hace más de diez años que se viene hablando de que eso va a ocurrir, pero finalmente nunca llega a producirse. Siguen siendo las mujeres las que renuncian al mercado laboral o a una completa implantación en éste para continuar cubriendo los servicios de cuidados que no realiza el Estado. La actual situación de crisis económica que ha motivado medidas de austeridad, no han hecho sino dismantelar aún más las políticas públicas, no auguran un futuro mejor, por lo menos para las clases sociales medias y bajas que no se pueden permitir contratar servicios de cuidados privados (Vara, 2014).

Con respecto a los datos de prestaciones económicas vinculadas al servicio no hay mucha homogeneidad entre las CCAA. Destacan en estas prestaciones, Extremadura, Aragón y Castilla y León y por debajo de la media están muchas otras regiones como Asturias, Valencia y el País Vasco. En relación con las prestaciones económicas de

asistencia personal, tienen una casi nula aplicación con un carácter casi simbólico en algunas CCAA, pero muy residual estando entre el 0,001 % y el 1,5% del total de prestaciones (González, 2013).

Por último se abordan las prestaciones económicas para el cuidado familiar. Si bien la LD les otorgaba un carácter residual, son las grandes favoritas de las CCAA, llegando a poder afirmar que el SAAD descansa sobre estas prestaciones que alcanzan el 45.33% del total de prestaciones y el 87,25% de las económicas. Las causas son las que ya hemos apuntado con anterioridad, es la solución más barata. Sin embargo existen dos CCAA en las que estas prestaciones son más escasas: Madrid y Castilla y León (González, 2013). Este último dato, no tiene porqué significar que en esas CCAA el cuidado informal tenga una menor proporción que en otras CCAA, la aplicación de la Ley en esas comunidades ha sido bastante pequeña, por lo que se entiende que las prestaciones que ofrece sólo han llegado a un grupo muy reducido de personas que las necesitan. En consecuencia, el resto de personas que podían haber recurrido a estas prestaciones y no lo han hecho, están cubriendo sus necesidades con el cuidado informal (Díaz, Ladra y Zozaya, 2009).

#### *5.3.5.- Financiación y costes*

El modelo de financiación del sistema está basado en la aportación financiera de cada uno de los actores implicados en el proceso: la administración general del Estado, las CCAA y las personas usuarias mediante el uso del copago. El modelo se caracteriza por presentar importantes desequilibrios entre las aportaciones de los diferentes agentes, donde la mayor contribución la hacen las CCAA. Dependiendo de la aportación de las CCAA, ofrece como resultado un panorama muy irregular en el que las diferencias son muy grandes. De esta forma, dependiendo de la CA varía el número de personas atendidas, el grado de cobertura de las prestaciones y los servicios que se ofrecen. Esta situación que ofrece una tendencia cada vez mayor hacia este desigual reparto impide que se garantice la igualdad en el territorio español. Una de las principales reclamaciones que tiene que ver con el sistema de financiación, es que se solicita que la financiación se determine en función del coste efectivo de los servicios y prestaciones económicas que se proporcionan. Esta reclamación tiene el objetivo de impedir que las CCAA que recurran a servicios de mayor calidad se vean perjudicadas. Es decir, la Administración

General del Estado (AGE) actualmente financia a las CCAA en función del grado y nivel de la persona dependiente y no en función de los servicios o prestaciones que finalmente recibe la persona dependiente (Albarrán y Alonso, 2009; González, 2013).

### 5.3.6.- *Otras reclamaciones*

La principal reclamación a la LD que han efectuado tanto usuarios/as como organismos públicos implicados en el proceso es el llamado “limbo de la dependencia”, se trata de personas que tienen reconocido un grado y nivel que les da derecho a recibir prestaciones y servicios del SAAD pero que aún no se les ha aprobado el Programa Individual de Atención (PIA), que establece qué determinados servicios y prestaciones se ajustan a sus necesidades. Esta circunstancia es bastante preocupante, ya que la mayoría de las personas que están esperando porque se les haga efectiva la prestación que les corresponde son personas muy mayores con una esperanza de vida reducida, por lo que el tiempo de espera es irrecuperable o incluso nunca llegan a disfrutarla porque fallecen antes de empezar a recibir la prestación a la que tienen derecho (Díaz, Ladra y Zozaya, 2009; González, 2013; Vara, 2014).

Otro de los problemas más importantes es la sobredimensionamiento de la prestación económica en el sistema. Es un problema importante porque casi no se está llevando a cabo un seguimiento de la calidad de la atención que están recibiendo los dependientes en su casa, por parte de familiares. Además dificulta el desarrollo de un sistema basado en los servicios con los beneficios que éstos tendrían en cuanto a generación de empleo, garantía de oferta de cuidados de calidad y sobre todo impulso a un cambio en el sistema en el que la carga y la responsabilidad no recaiga únicamente en los familiares y más concretamente en las mujeres de la familia. En resumen, la apuesta tan centrada en las prestaciones económicas tiene una serie de consecuencias que se pueden resumir en: disminución de los retornos económicos esperados de la creación de empleo, que las mujeres cuidadoras puedan estar sometidas a sobrecargas sin el apoyo suficiente, el impacto negativo de género que implica que se perpetúe el rol cuidador de la mujer en contraposición con su vida laboral y social, la estimulación de fórmulas de economía sumergida y la paralización de la actividad empresarial del sector del cuidados (Díaz, Ladra y Zozaya, 2009; González, 2013; Vara, 2014).

Por otro lado, los/as especialistas critican la falta de transparencia en la obtención de datos sobre la aplicación de la ley. Estas deficiencias en el sistema de información oficial de SAAD dificultan mucho una evaluación de la aplicación y demuestran la poca transparencia que existe en este sentido (González, 2013).

## **5.4.- Recapitulación**

En primer lugar hay que reconocer la gran labor y esfuerzo que se ha hecho por poner en marcha un sistema como el de la ley de la dependencia. A pesar de que la Ley acarrea numerosos problemas, entre otros méritos ha logrado poner sobre la agenda pública este tema y que salga en los medios de comunicación.

Con respecto a los problemas, se ha mostrado como el modelo de financiación genera importantes desequilibrios entre las aportaciones de los diferentes agentes, lo cual se traduce en grandes diferencias entre CCAA. Por otro lado, a pesar de que no era un objetivo de la Ley, las prestaciones económicas se han convertido en las prestaciones mayoritarias y tienen un protagonismo muy superior a los servicios. Esta situación imposibilita un cambio en la organización social de los cuidados y fomenta el mantenimiento de las mujeres como cuidadoras informales. Asimismo, no haber apostado por un sistema de servicios integral acarrea una enorme pérdida del potencial de riqueza y creación de empleo. Entre otros problemas, destacan las deficiencias de información del SAAD, las largas listas de espera y la inexistencia de una autoevaluación del sistema.

En este punto se terminan los capítulos dedicados al análisis del marco institucional de los modelos de cuidados. El análisis que se ha realizado permite advertir adecuadamente la mayor o menor presencia de cuidado informal en las naciones europeas, cuestión en la que se profundiza en el próximo capítulo.

## Capítulo 6: El Cuidado Informal en Europa<sup>41</sup>

### 6.1.- Introducción

El presente capítulo ofrece una visión general de los cuidados informales en Europa. Para ello, se hace especial hincapié en el papel que desempeñan las mujeres mayores y en las consecuencias que tienen, sobre los cuidadores/as informales, las labores de ayuda que realizan. El objetivo es investigar qué lugar ocupa el cuidado informal en el marco institucional de los países europeos. Se trata de realizar un análisis comparativo del cuidado informal en los modelos europeos de Estado del Bienestar.

Los Estados del Bienestar tienen una doble repercusión sobre la organización socioeconómica de los cuidados. Por un lado ofrecen una determinada cobertura a la población a través del nivel de formalización de la oferta. Pero, por otro lado condicionan las relaciones informales entre la ciudadanía ya que, si no se cubre la totalidad de la demanda de cuidados formales, se requiere la implicación de los cuidados informales. Así, los modelos en los que la mayoría de la responsabilidad del cuidado recae en las relaciones informales tienen una influencia negativa sobre los cuidadores/as al hacer que sus relaciones personales sean más una obligación o una carga y menos una fuente de bienestar.

Respecto a la distinción entre *cuidado informal* y *cuidado formal*, siguiendo el criterio de Rogero-García (2009), se considera que el primero se lleva a cabo de forma voluntaria, por personas de la red social del receptor del cuidado y sin que medie ninguna organización ni remuneración. Además, suele presentar tres categorías de ayuda: el apoyo

---

<sup>41</sup> La investigación expuesta en este capítulo ha dado como resultado dos publicaciones: 1) Galaso, P. y De Vera, V. (2013). Redes informales de cuidados en Europa. El papel de las mujeres mayores. En Folguera, P.; Maquieira, V.; Matilla, M. J.; Montero, P. y Vara, M. J. (Eds.), *Género y Envejecimiento: XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar* (461-484). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid. 2) Galaso, P. y De Vera, V. (2014). Redes informales de cuidados en Europa. El papel de las mujeres mayores. En Limas M. y Rodríguez, A. (Eds.) *Nuevas rutas hacia el bienestar social, económico Y medioambiental. II Foro Bienal de Estudios del Desarrollo* (135-159). Montevideo: RIED (Red Iberoamericana de Estudios del Desarrollo). Asimismo, ha sido presentada en el congreso XIV SASE Annual Meeting, con la comunicación: Galaso, P., De Vera, V. y Vara, M.J. (2012). *Informal Care Networks in Europe: the Role of Elderly Women*.

material o instrumental, el informativo o estratégico y el emocional. Frente a esto, el cuidado formal incluye las actividades que un profesional ofrece de forma especializada y que van más allá de las capacidades de las personas para cuidar de sí mismas o de los demás. En otras palabras, el cuidado informal corre a cargo de la familia y los amigos, mientras que el formal lo proporcionan las instituciones públicas y las empresas privadas

Medir el cuidado informal no es tarea fácil, principalmente por la escasez de información comparable entre países sobre personas cuidadoras. Esto es debido a la ausencia de un criterio común sobre la definición y medición del cuidado en las diferentes naciones (Jiménez-Martín (2007); Oliva, J. y Osuna, R. (2009); Tobío, C. et al. (2010) y Colombo *et al.*, 2011). Para afrontar esta dificultad, se reúnen múltiples fuentes de información disponible en bases de datos y estudios que, aun cuando no se dedican específicamente al análisis del cuidado informal, sí ofrecen información relevante al respecto. La tarea de recopilar y analizar esta información permite presentar una visión suficientemente amplia de los cuidados informales en Europa.

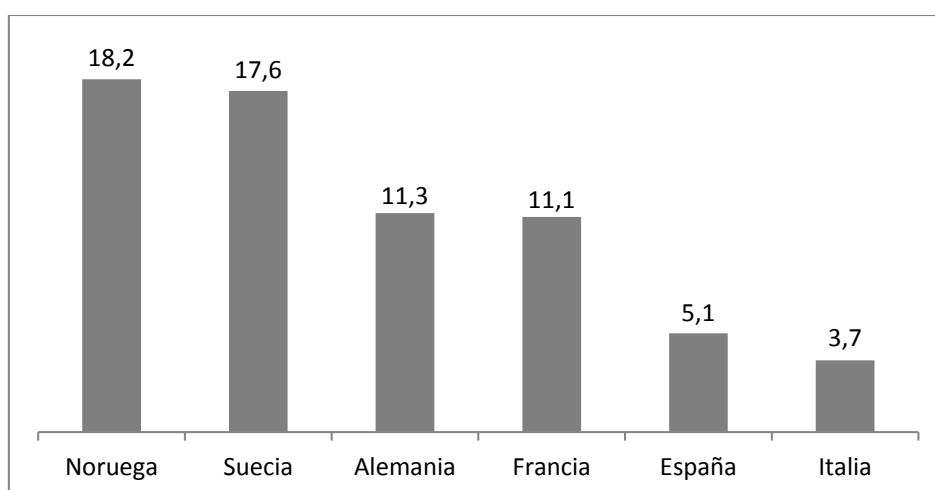
Una de las principales fuentes de información consultada ha sido la OCDE, en concreto, los datos que proporciona la publicación de la organización dedicada a los cuidados de larga duración y elaborada por Colombo *et al.* (2011). El documento se titula “*Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*” y en él se abordan diferentes temas que afectan directamente a este tipo de cuidados: desde las diversas formas de financiación pública o privada, pasando por el nivel de preparación de algunos países para hacer frente a la demanda de cuidados, hasta un análisis de las repercusiones que conlleva ser cuidador/a informal.

En la mayoría de los casos se emplean datos del grupo de población de 50 años en adelante, colectivo que constituye el principal responsable de las labores de cuidado informal en los países desarrollados (Glendinning *et al.*, 2009; Colombo *et al.*, 2011). Asimismo, y para facilitar la comparación entre modelos de Estado de Bienestar, se presenta información de un conjunto de países europeos incluyendo, en función de la disponibilidad de datos, una o dos naciones de cada tipo: así, como muestra del modelo escandinavo, se analizan datos de Suecia, Dinamarca, Noruega o Finlandia; del modelo continental se estudian Francia y Alemania; Reino Unido aparece como representante del modelo anglosajón; y, por último, España e Italia en relación con el modelo mediterráneo.

## 6.2.- Magnitud del cuidado informal en los países europeos

En una primera aproximación a la dimensión del tema, el gráfico 6.1 presenta un indicador que muestra el porcentaje de la población de 65 y más años que recibe cuidados profesionales de larga duración (tanto en su hogar, a través de profesionales del cuidado, como en instituciones públicas).

**Gráfico 6.1: Cuidado formal a personas mayores\***



\*Porcentaje de la población de 65 y más años que recibe cuidados profesionales de larga duración en su hogar o en instituciones.

Fuente: Colombo *et al.* (2011)

Estos datos responden claramente a la tipología de Estados del Bienestar presentada previamente. Así, las naciones del norte (Noruega y Suecia) presentan elevados porcentajes de población receptora de cuidados formales, en un punto intermedio se encuentran dos países continentales (Alemania y Francia), mientras que los niveles más bajos de apoyo formal se ofrecen en España e Italia, ejemplos claros del modelo mediterráneo.<sup>42</sup> Esa menor presencia de cuidados formales en los Estados del sur de Europa requerirá, en compensación, un papel más protagonista de los cuidados informales en comparación con el que el que tienen en el resto de los países.

En segundo lugar se cuantifica la presencia del cuidado informal en Europa. Esto proporciona una primera idea del papel que desempeña el cuidado informal en cada

---

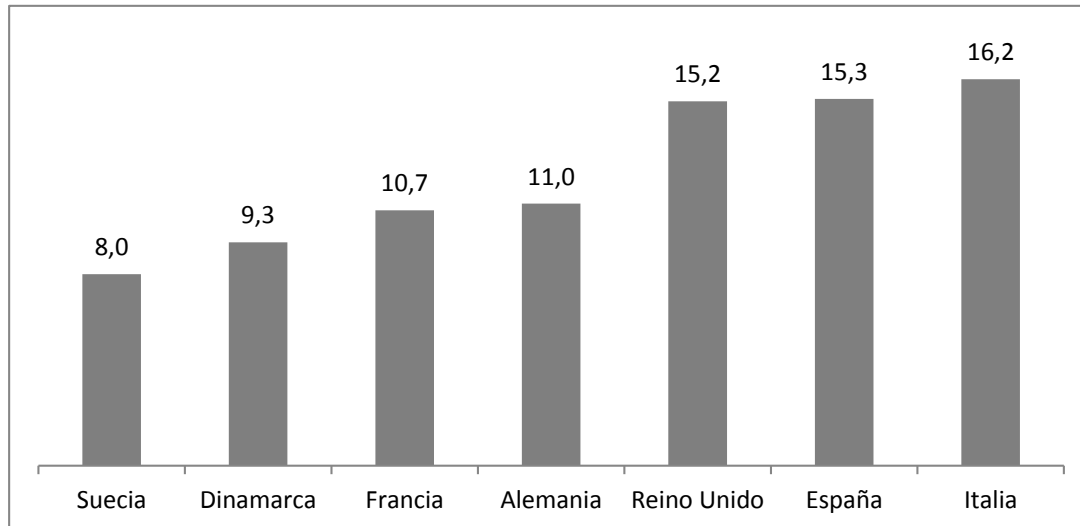
<sup>42</sup> La falta de datos impide observar el comportamiento del Reino Unido, principal representante del modelo liberal en Europa.



modelo del Estado del Bienestar. Para ello, se estudia cuántas personas cuidadoras informales hay y qué cantidad de horas de cuidado informal realizan. Con este objetivo se analizan dos tipos de indicadores: el porcentaje de población de 50 años y más que declara ser cuidador/a informal (gráfico 6.2) y las horas semanales de cuidado ofrecidas por los cuidadores/as informales (gráfico 6.3).

Estudiando detenidamente estos datos, se encuentran importantes diferencias entre los cuatro modelos europeos del Estado del Bienestar. En los países del norte hay menos cuidadores/as informales (aproximadamente un 8%) y trabajan menos horas que sus homólogos de las otras naciones estudiadas. Por el contrario, en el sur de Europa el porcentaje de cuidadores/as informales es aproximadamente el doble, y el número de horas que trabajan es también mayor. Los países continentales (Alemania y Francia) y el liberal (Reino Unido) se encuentran en una situación intermedia. Así, los continentales están más cerca del modelo del norte con algo más de un 10% de cuidadores/as informales, mientras que el Reino Unido es más cercano al modelo del sur, con un 15,2%.

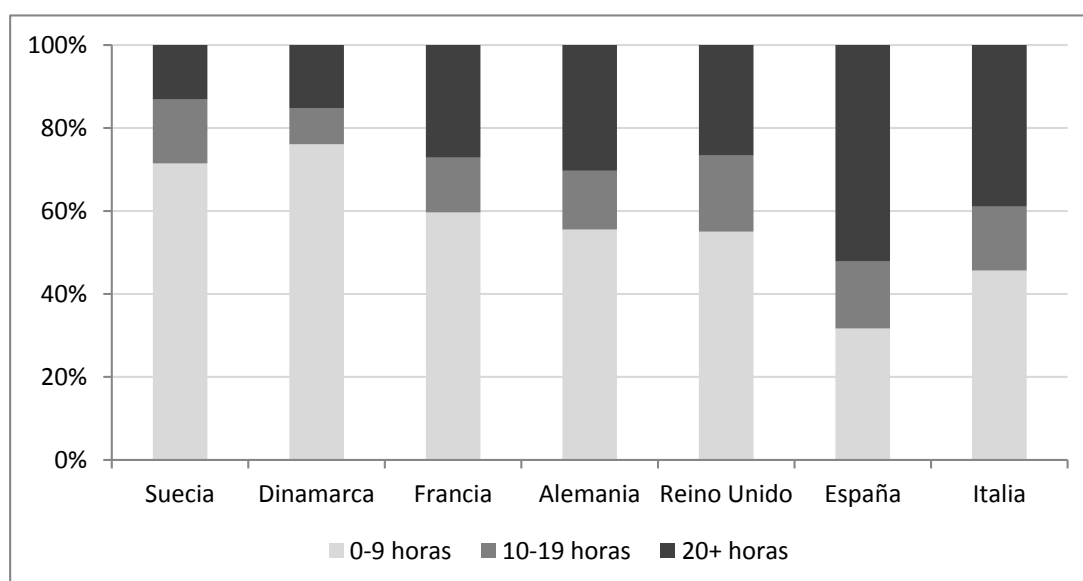
**Gráfico 6.2: Cuidadores/as informales\***



\*Porcentaje de la población de 50 y más años que declara ser cuidador/a informal.

Fuente: Colombo *et al.* (2011)

**Gráfico 6.3: Horas semanales dedicadas al cuidado informal\***



\*Porcentaje del total de cuidadores/as según el número de horas semanales dedicadas al cuidado informal.

Fuente: Elaboración propia empleando datos de Colombo *et al.* (2011)

Conviene interpretar los datos con cierta cautela, ya que algunas de las diferencias entre Estados se pueden deber a divergencias culturales en la forma de definir el cuidado y la atención a personas dependientes. Por ejemplo, se puede dar el caso de que muchos cuidadores/as no se consideren como tales aunque cumplan con los requisitos para serlo (Glendinning *et al.*, 2009; Brandt, 2011). No obstante, la información mostrada en el gráfico 6.2 constata que en los países del norte el marco institucional permite a una proporción mayor de dependientes recibir atención formal (ya sea en su propia casa o en instituciones). En el caso del Reino Unido y las naciones mediterráneas se observa que la falta de apoyo institucional obliga a movilizar a las redes informales como respuesta a la demanda de cuidados.

El gráfico 6.3 mide la intensidad de las tareas desarrolladas por los cuidadores/as informales, es decir, el número de horas semanales que dedican a esta labor. Como se ha visto, la baja intensidad del trabajo es particularmente frecuente en los países del norte. En estos casos, menos del 20% de los cuidadores/as proporciona un nivel intensivo de ayuda (más de 20 horas semanales). Más allá de las citadas diferencias en la definición de cuidados, esto parece reflejar el hecho de que una proporción relativamente mayor de las personas dependientes recibe atención formal en estas naciones, ya sea en casa o en instituciones. Por el contrario, en el sur de Europa se observa esta falta de apoyo

institucional, ya que más del 30% de los cuidadores/as está realizando cuidado intensivo, alcanzando valores algo superiores al 50% en el caso de España. Este colectivo de cuidadores/as informales intensivos resulta especialmente relevante por la aportación que realizan a los sistemas nacionales de cuidados y, como veremos más adelante, por la desventajosa situación que suelen mostrar en términos sociales y económicos.

Las significativas diferencias en cantidad e intensidad horaria que presentan estos resultados llevan al planteamiento de si las razones que mueven a los cuidadores/as informales son iguales en todos los países europeos y si existen variaciones entre los modelos de Estado del Bienestar. A este respecto, el trabajo de Brandt (2011) emplea datos de la encuesta SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*)<sup>43</sup> para mostrar cómo en las naciones del norte la principal motivación de los cuidadores/as informales para realizar su labor es el placer que les reporta esta tarea. Mientras tanto, en los Estados del sur y el centro, la primera razón esgrimida por los cuidadores/as es, lejos del disfrute personal, la obligación que sienten hacia los dependientes de su entorno. Además, este trabajo muestra una importante correlación entre el porcentaje de cuidadores/as informales que disfrutan realizando estas tareas y el grado de apoyo institucional por parte del sector público. Así, cuanto mayor sea el nivel de transferencias económicas y servicios otorgados por el Estado para el cuidado formal, menos intenso, más esporádico, más voluntario y más placentero será el cuidado informal (Brandt, 2011).<sup>44</sup>

Otras diferencias entre los modelos europeos se observan cuando se compara el cuidado ofrecido por los miembros del hogar con el que realizan las personas externas al mismo. En esta línea, Rodríguez *et al.* (2011) concluyen que en los países del sur se recibe poca ayuda externa profesional, lo que evidencia un mayor apoyo familiar. En el caso de los Estados del norte la ayuda informal externa la reciben un número importante de hogares, tiene poca intensidad pero es bastante frecuente. Este diferente comportamiento entre los países del sur y los del norte de Europa, se debe en gran medida

---

<sup>43</sup> Esta encuesta recopila datos de salud, situación familiar y socioeconómica de individuos mayores de 50 años en Europa.

<sup>44</sup> A este respecto, y aparte del análisis estadístico, el autor argumenta que en los casos de alta implicación institucional el Estado se encarga de las tareas más previsibles, regulares y mecánicas o técnicamente más exigentes del cuidado, mientras que los miembros de la familia realizan otro tipo de apoyos, más personales y, por ende, más placenteros.

a los tipos de familia que predominan en cada uno de los modelos. En el sur cohabitan diferentes generaciones, mientras que en el norte no es tan frecuente esta situación y, por tanto, adquiere más relevancia la ayuda externa puntual.

Existen también investigaciones que analizan el saldo neto entre los cuidados ofrecidos y los recibidos por las personas mayores en Europa (Albertini *et al.*, 2007; Brandt, 2011). Sus datos muestran cómo las personas mayores son donantes netos – ofrecen más cuidados de los que reciben– en casi todos los países europeos. No obstante, existen una serie de diferencias entre naciones respecto a la frecuencia y la intensidad de este tipo de tareas: Dinamarca y Suecia son los Estados en los que los cuidados son más frecuentes pero de menor duración. En el lado opuesto, Italia y España, si bien muestran una menor proporción de personas mayores dadores y receptores de cuidados, la duración de estas tareas es mayor.

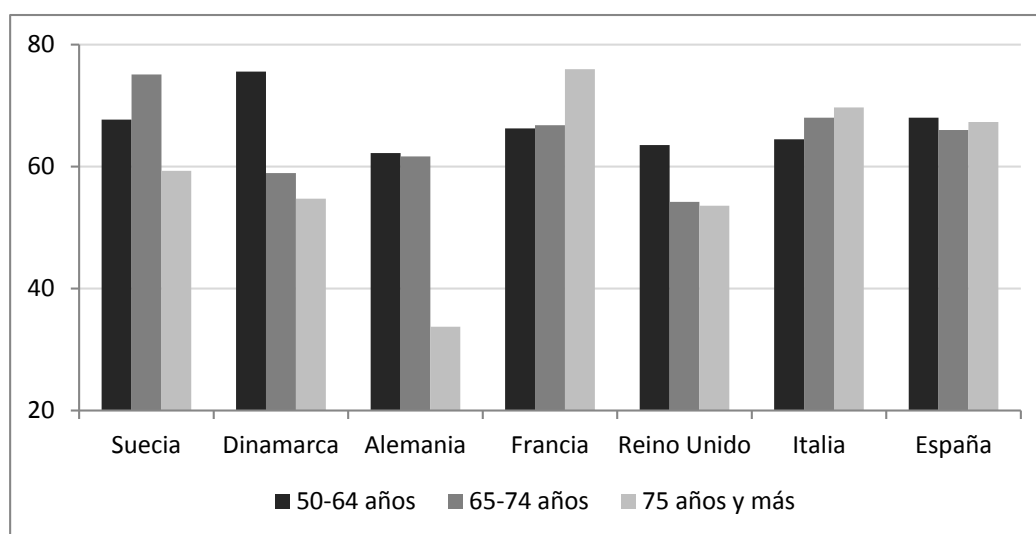
En conclusión, en el sur de Europa, en contraposición con el norte, el grado de institucionalización de los cuidados es muy bajo, por lo que el papel del cuidado informal continúa siendo fundamental dentro de la organización socioeconómica de los cuidados. En estas naciones, además de tener un porcentaje mayor de cuidadores/as informales, la intensidad del trabajo es más alta, las tasas de personas dependientes atendidas de manera informal son superiores y los hogares reciben menos ayuda externa. En definitiva, los datos demuestran que los cuatro modelos de Estado del Bienestar exigen a las redes informales distintos grados de implicación, con una participación que resulta indispensable en el sur, algo menos importante en el modelo liberal, aun menos en el continental y, finalmente, mucho más reducida en el caso de los países escandinavos, donde el cuidado informal representa cerca de la mitad del que se requiere en las naciones mediterráneas.

### 6.3.- El papel de las mujeres mayores en el cuidado informal

Se profundiza ahora en el estudio del colectivo de personas que realizan cuidados informales en los Estados europeos. Concretamente, se aplica un análisis de género y edad de la población, con el objetivo de dilucidar quiénes son los cuidadores/as informales y qué papel desempeñan las mujeres mayores en la oferta de cuidados.

Analizando los datos de la presencia de mujeres entre los cuidadores informales según los tramos de edad (Gráfico 6.4), podemos llegar a una conclusión clara: el colectivo de cuidadores/as informales en Europa es mayoritariamente femenino. Concretamente, se observa que en todos los países y para todos los grupos de edad (excepto para los mayores de 75 en Alemania), la presencia de mujeres es superior, con un porcentaje que oscila entre el 55% y más del 70%. Estos datos dejan patente el hecho de que las mujeres mayores desempeñan un papel fundamental en las redes informales de las naciones europeas. Su relevancia es mayor en el caso de los países mediterráneos (y de Francia), donde en los dos grupos de edad superiores a 65 años, las mujeres suponen más del 60%. En el resto de casos, los datos muestran que, aunque las mujeres mayores siguen siendo mayoría dentro del colectivo de cuidadores, el porcentaje es menor, específicamente, inferior al 60%.

**Gráfico 6.4: Presencia de las mujeres en el cuidado informal\***



\*Porcentaje de mujeres sobre el total de cuidadores informales de 50 y más años.

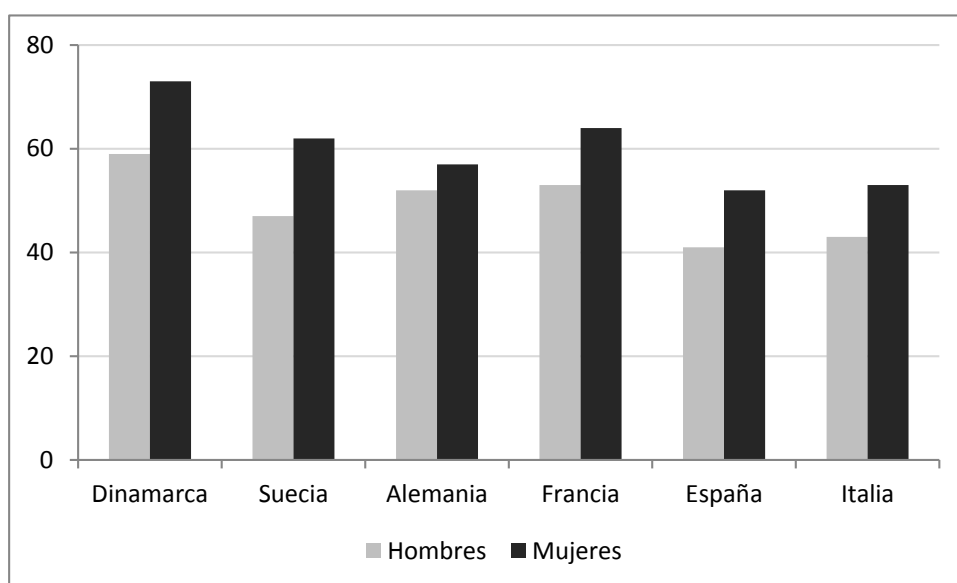
Fuente: Colombo *et al.* (2011)

Aunque su presencia es menor, los hombres se van incorporando a las tareas de cuidados conforme tienen una edad más avanzada. La distribución por sexos varía con la edad, pero esta variación difiere según el país de estudio. En el caso de los Estados nórdicos la brecha de género se reduce en los grupos de población más envejecidos. Los datos del sur de Europa muestran que la brecha se mantiene (España) o incluso se incrementa (Italia). En Alemania ocurre algo similar a los países del norte, Francia tiene un comportamiento análogo a los del sur y el Reino Unido presenta una situación intermedia. Cabe destacar que la realización de actividades de apoyo tiende a disminuir en las personas de edad más avanzada, siendo el porcentaje de cuidadores mayores de 75 años menor que el de la población más joven, situación que probablemente esté relacionada con las limitaciones de salud que, por lo general, hacen su aparición en edades avanzadas.

Otros estudios señalan el importante grado de intensidad de los cuidados realizados por la población mayor (Igel, C. y Szydlik, M., 2010). Concretamente, el grupo de 75 años y más presenta el doble de cuidadores intensivos que de cuidadores no intensivos. Las tareas que requieren tal intensidad están dirigidas principalmente al cónyuge (Colombo *et al.*, 2011; Vilaplana, 2011), por ello, al haber más mujeres dentro de este tipo de cuidadores, los principales receptores de cuidado intensivo son hombres que lo reciben de sus mujeres.

En relación con el cuidado informal que ofrecen las personas mayores a los niños/as, se obtiene también información relevante en relación con el papel de las mujeres (gráficos 6.5 y 6.6). En primer lugar, queda patente que en todos los países las abuelas son las principales cuidadoras, incrementándose la brecha de género en los casos de los cuidadores de mayor intensidad. Además, se observa que la presencia de apoyo esporádico es más elevada entre los abuelos daneses, holandeses, franceses y suecos que entre sus homólogos mediterráneos. Sin embargo, al estudiar los casos de cuidado intensivo, es decir, de mayor dedicación horaria, los españoles e italianos lideran el ranking. Esto significa que las personas mayores en los Estados nórdicos, si bien cuidan más veces de sus nietos/as, lo hacen durante menos tiempo; mientras que, en las naciones del sur, las que cuidan de sus nietos/as lo hacen a tiempo completo.

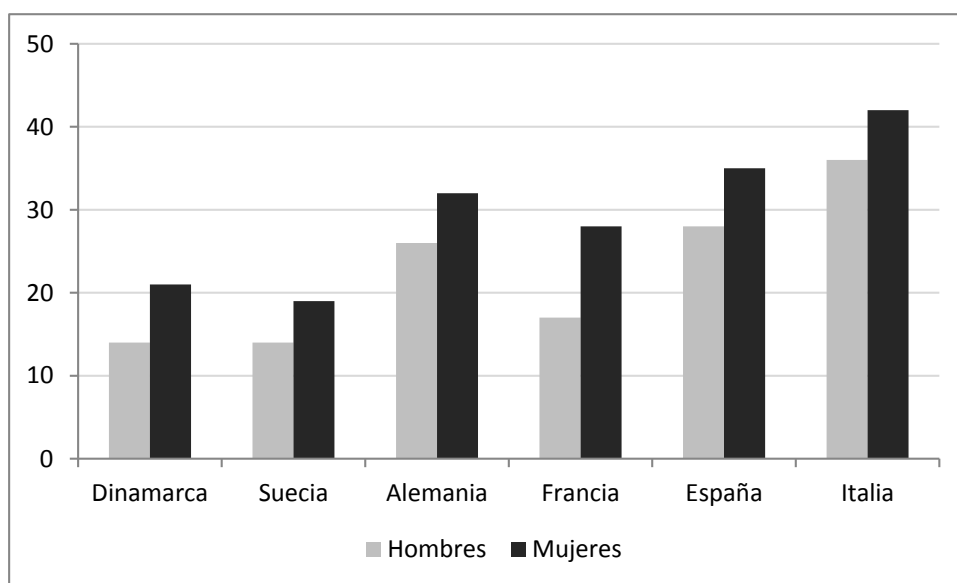
**Gráfico 6.5: Cuidado informal esporádico de abuelos/as a nietos/as\***



\*Porcentaje de abuelos/as que han cuidado a sus nietos/as al menos una vez durante el año 2004.

Fuente: Hank y Buber (2009)

**Gráfico 6.6: Cuidado informal intensivo de abuelos/as a nietos/as\***



\*Porcentaje de abuelos/as que han cuidado a sus nietos/as al menos una vez a la semana durante 2004.

Fuente: Hank y Buber (2009)

El motivo de esta divergencia radica, según Hank y Buber (2009), en el grado de institucionalización del cuidado infantil. Así, en los países del norte –y en Francia– se ha creado una sólida estructura pública en términos de cuidados a la infancia, lo que facilita la incorporación de ambos progenitores al mercado laboral. En estos casos, la figura de los abuelos/as como cuidadores informales sólo es necesaria en momentos puntuales –

por ejemplo, si eventualmente la madre o el padre tienen que trabajar más tiempo—, para ayudar a complementar la atención institucional. Por el contrario, en los Estados mediterráneos, la falta de guarderías públicas desincentiva el empleo materno, por lo que la presencia de madres cuidadoras a tiempo completo es mayor. En los casos —menos frecuentes— en que ambos progenitores tengan un trabajo remunerado, éstos tendrán que requerir una participación de los abuelos/as mayor en términos de horas y, por tanto, más intensa.

Otro aspecto interesante relacionado con el cuidado de las personas mayores a sus nietos es el hecho de que la probabilidad de que cuiden los hombres que viven solos es menor que la de los que viven en pareja. De esto se deduce que la implicación de los hombres en el cuidado viene motivada, mayoritariamente, por el compromiso de las abuelas en la atención a los niños/as (Hank y Buber, 2009). Ahora bien, ¿cuáles son las causas por las que las abuelas tienen un papel tan relevante en el cuidado de sus nietos/as? La incorporación de las mujeres al mercado laboral de manera generalizada, situación que no ha venido acompañada de una incorporación de los hombres a la realización de los trabajos de cuidados en la misma proporción, ha hecho que el problema recaiga sobre el colectivo femenino. Se ha producido una redistribución intergeneracional entre las mujeres de la familia, circunstancia que comporta bastante presión para las abuelas, pues este tipo de responsabilidades influyen negativamente en el bienestar de las mujeres mayores. Esta presión es más importante en los países del sur, donde hay más presencia de cuidados informales y la intensidad de los mismos es mayor.

También se pueden obtener conclusiones interesantes analizando los datos de las encuestas de uso del tiempo. En esta línea, la investigación de Giannelli *et al.* (2010) estudia el tiempo dedicado a lo que ellos denominan como “trabajo familiar” y que incluye las labores domésticas no remuneradas y las tareas de cuidado informal a niños y niñas (el cuidado informal a personas mayores se deja fuera del análisis debido a la falta de datos armonizados sobre este aspecto).<sup>45</sup> Este enfoque permite agrupar a los países que muestran similitudes en cuanto a las relaciones que existen entre la producción de mercancías para la obtención de beneficios y la reproducción social de la población.

---

<sup>45</sup> La mayoría de las encuestas de uso del tiempo no tienen categorías separadas para el cuidado de los padres, cónyuges y otros miembros de la familia. No obstante, los principales estudios observan que las mujeres dedican, en promedio, más tiempo al cuidado de adultos que los hombres.



Siguiendo esta metodología, en los gráficos 6.7 y 6.8 se presenta el tiempo medio diario dedicado a actividades de cuidado familiar de toda la población y de la población entre 65 y 74 años.<sup>46</sup>

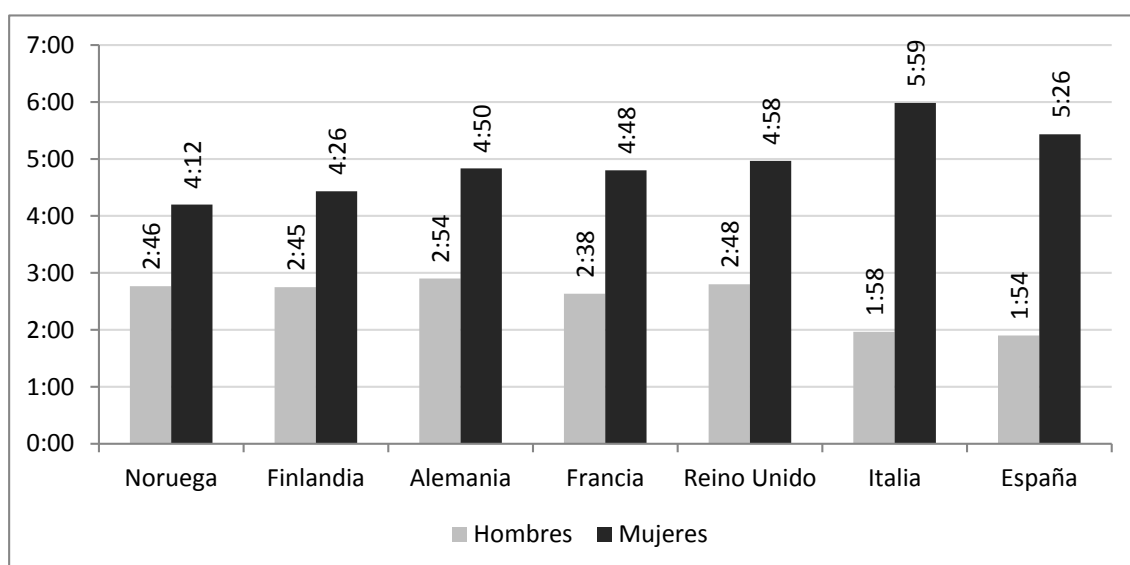
En todos los casos estudiados las mujeres dedican más tiempo a cuidar que los hombres. Las diferencias de género son mayores en el sur de Europa, donde las mujeres dedican más del triple que los hombres. Seguidamente, en los Estados del centro y el Reino Unido las mujeres dedican el doble de tiempo a cuidar. En los países del norte de Europa, donde las diferencias son menores, la situación es similar a la de las naciones centroeuropeas. En todos los casos, las diferencias de género son más bajas para la población envejecida.

Las personas mayores dedican más tiempo a los trabajos de cuidados familiares que el conjunto de la población debido, principalmente, a su menor presencia en el mercado de trabajo (lo que les deja más tiempo para la familia). La diferencia entre el tiempo dedicado por los mayores y el total de la población es más significativa en el caso de los hombres, lo que se explica por el hecho de que la participación en los cuidados del total de los hombres es considerablemente menor que las mujeres (éstos tienen más margen de aumento, en definitiva). Cuando los hombres se jubilan se implican más en los cuidados, no obstante, esta implicación es más limitada pues se reduce a tareas de ayuda práctica como reparaciones, compras, soporte de los asuntos financieros y legales, etc. Por el contrario las mujeres tienden a hacerse cargo del cuidado más personal (Brandt, 2011).

---

<sup>46</sup> No hay datos disponibles para personas mayores de 74 años.

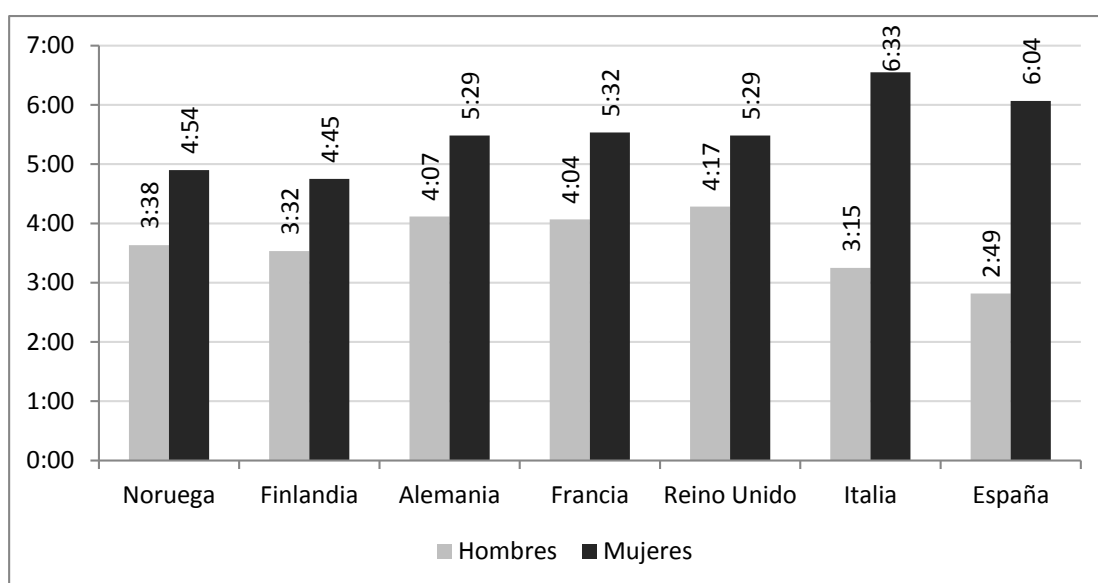
**Gráfico 6.7: Tiempo dedicado a cuidados familiares (población total)\***



\*Media de horas y minutos por día dedicados por la población total.

Fuente: Elaboración propia empleando datos de Giannelli *et al.* (2010)

**Gráfico 6.8: Tiempo dedicado a cuidados familiares (población envejecida)\***



\*Media de horas y minutos por día dedicados por la población entre 65 y 74 años.

Fuente: Elaboración propia empleando datos de Giannelli *et al.* (2010)

En definitiva, los datos analizados en este apartado muestran que la participación femenina en los cuidados informales es mayoritaria. Esto se observa tanto al estudiar al conjunto de la población, como en el caso de centrar la investigación en el colectivo de las personas mayores (cuya implicación en el cuidado informal tiene especial relevancia). Más allá de las diferencias encontradas entre los países europeos, en todos los casos se

observa que ellas cuidan más veces que los hombres y, además, lo hacen durante más tiempo, es decir, de manera más intensa.

#### **6.4.- Influencia del cuidado informal en el bienestar de los cuidadores**

¿Cuáles son las repercusiones de ser cuidador/a informal? Se trata de dar una respuesta a esta pregunta atendiendo a tres factores que afectan al bienestar de las personas: el empleo, los ingresos y la salud. De este modo, y considerando que dicho colectivo es mayoritariamente femenino y de edad avanzada, el presente apartado nos ayudará a comprender cómo los diferentes modelos de Estado del Bienestar (con distintas combinaciones de cuidado formal e informal) pueden influir sobre la situación de las mujeres mayores.

A este respecto, existen evidencias empíricas que muestran cómo el cuidado informal afecta negativamente al bienestar de las personas cuidadoras en tres aspectos: empeora su situación laboral, agrava sus niveles de pobreza y mina su salud mental (Johnson y Lo Sasso, 2000; Carmichael y Charles, 2003; Viitanen, 2005). Además, esta influencia es más fuerte en los países que tienen un mayor peso del cuidado informal dentro de su organización socioeconómica de los cuidados. Por tanto, los efectos dañinos son más fuertes en los países de sur de Europa, seguidos de los continentales y Reino Unido y finalmente los nórdicos, donde ser cuidador/a informal genera menores perjuicios. A su vez, las mujeres, además de ser el colectivo mayoritario dentro de los cuidadores informales, se ven más negativamente afectadas que los hombres por realizar estas tareas, lo cual las sitúa en una posición especialmente lastimosa.

En cuanto a los aspectos laborales, los estudios prueban que el cuidado informal reduce tanto los niveles de empleo de los cuidadores/as como su tiempo dedicado al trabajo remunerado. Sin embargo, cuando las responsabilidades familiares son pequeñas y de poca intensidad, el impacto de cuidar no conduce a reducciones significativas de las horas de trabajo, poniendo de manifiesto la situación desventajosa que tienen los cuidadores intensivos. Estos resultados no se presentan por igual en todos los países europeos, debido a las diferencias en la intensidad de los cuidados: mientras que en el

norte no hay evidencias de dicha influencia, en los Estados del centro y, especialmente, del sur de Europa, el cuidado informal sí se asocia con una reducción significativa en el empleo y en las horas de trabajo remunerado.

En segundo lugar, los cuidadores/as informales tienen más probabilidad de situarse bajo el umbral de la pobreza. No es de extrañar que dicho colectivo se encuentre en esta situación ya que, entre otras cosas, presenta tasas de empleo inferiores y aquellos que tienen un trabajo remunerado dedican menos tiempo a éste. Por ello, sus ingresos anuales totales son muy reducidos. Este escenario pone en evidencia la difícil situación que viven las familias con problemas de dependencia y con un bajo nivel socioeconómico en las que, además, las mujeres cuidadoras son especialmente vulnerables.

Respecto a la influencia sobre la salud, se ha observado que ser un cuidador/a informal conduce a una mayor probabilidad de tener problemas de salud mental, especialmente cuando se ofrecen cuidados intensivos y se vive con la persona dependiente. Las actividades de cuidados tienen un efecto grande y un mayor impacto en los problemas mentales que el resto de variables socio-demográficas consideradas en los análisis. Esta probabilidad más elevada de sufrir enfermedades mentales se observa en todos los países, tanto para los hombres como para las mujeres. Sin embargo, el impacto del cuidado en la salud mental es más perjudicial para ellas.

En definitiva, se puede afirmar que las tareas de cuidado informal influyen negativamente sobre el bienestar de los cuidadores/as, siendo estas influencias más significativas en las naciones del sur de Europa y para el caso de los cuidadores/as intensivos. Ciertamente, en los países mediterráneos, donde las redes informales tienen un mayor peso, el cuidado intensivo también es superior al experimentado en otros modelos de Estado del Bienestar. Por último, estos análisis muestran que las mujeres se ven más negativamente afectadas que los hombres, lo cual evidencia la situación de debilidad en la que dejan los Estados del Bienestar (especialmente el caso de los países mediterráneos) al colectivo de mujeres mayores.

## 6.5.- Recapitulación

A lo largo de este capítulo se ha tratado de ofrecer una visión global del cuidado informal en los países europeos, distinguiendo entre los cuatro modelos de Estado del Bienestar (escandinavo, continental, liberal y mediterráneo) y haciendo especial énfasis en el papel que desempeñan las mujeres mayores. Para ello, se ha acudido a las principales fuentes de datos y estudios previos sobre el asunto, lo que ha permitido obtener las siguientes conclusiones.

En primer lugar, respecto al papel que desempeña el cuidado informal en los sistemas nacionales de cuidados, se han encontrado importantes diferencias según el modelo de Estado del Bienestar que se estudie. Mientras que los países mediterráneos se sustentan sobre los cuidados informales, en los escandinavos las redes informales actúan como un complemento a su amplia cobertura institucional. Por su parte, los modelos continental y liberal se presentan en una situación intermedia a los dos anteriores (aunque el continental se asemeja más al escandinavo, mientras que el liberal es más parecido al mediterráneo). Estos modelos contrapuestos –norte y sur– revelan diferencias notables en la forma en que los Estados del Bienestar condicionan las relaciones informales entre individuos al influir sobre su capacidad para satisfacer algunas de sus necesidades. Así, en el sur gran parte de las relaciones personales de los cuidadores/as informales se convierten en una considerable carga y obligación en lugar de suponer una fuente de bienestar. Mientras tanto, el modelo escandinavo dota a las relaciones informales –e incluso a las eventuales y menos duraderas tareas de cuidados– de un marcado carácter voluntario y, por tanto, mejora la capacidad de dichas relaciones para proporcionar bienestar a la ciudadanía.

Posteriormente, se ha analizado en detalle el colectivo de cuidadores/as informales a través de una perspectiva de género y edad. Esto ha permitido obtener reveladoras conclusiones acerca del papel desempeñado por las mujeres mayores. Primero se observa que la presencia femenina es mayoritaria en todos los Estados europeos. Esto sucede también en los grupos de población avanzada, donde la implicación en el cuidado informal es mayor. Por ello, podemos afirmar que el papel desempeñado en las redes informales europeas por el colectivo de mujeres envejecidas resulta cuando menos

indispensable. Además, al analizar por separado los modelos del Estado del Bienestar, se observa que en el caso mediterráneo la feminización del cuidado informal es considerablemente más significativa que en el resto de las naciones estudiadas, siendo esta desigualdad aún más pronunciada en los grupos de edades avanzadas. Por último, la implicación femenina también es mayor en el caso del cuidado informal intensivo, es decir, cuando se requiere un gran número de horas dedicadas a estas tareas. Todo ello contribuye a poner de relieve la situación de debilidad en la que queda el grupo de población de mujeres mayores.

Pero esto no es todo, cuando se analiza la influencia del cuidado informal sobre el bienestar de los cuidadores, la evidencia empírica muestra cómo dicha tarea les afecta negativamente en términos de empleo, salud y pobreza; y, además, que esta influencia es especialmente significativa en el caso del colectivo femenino. Esto permite llegar a una conclusión clara: las mujeres, sobre todo las de edad avanzada, son las grandes perdedoras del reto de los cuidados en Europa. Ellas cuidan más a menudo, le dedican un mayor número de horas a estas tareas y sufren mayores consecuencias por la labor realizada.

Ante una situación como ésta, cabe esperar la actuación del Estado del Bienestar en defensa de un colectivo perjudicado. Pero, ¿qué se puede hacer al respecto? Fundamentalmente ampliar y mejorar el acceso al cuidado formal, es decir, seguir los pasos del modelo escandinavo. En estos países el sector público ofrece una cobertura universal, redes institucionales fuertes, servicios altamente profesionalizados y un gran gasto público que financia el sistema de atención.

Igualmente se deberían poner en marcha acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los cuidadores/as informales. En esta línea resultan adecuadas las políticas de formación y ayuda a la reinserción en el mercado laboral, para aquellos que abandonan temporalmente su trabajo, o las medidas de apoyo a colectivos específicos de cuidadores/as informales, como los que cuidan a familiares adultos y los cuidadores/as intensivos.

En general, la actuación europea en las últimas décadas ha ido encaminada hacia la igualdad de géneros en varios aspectos. Ciertamente, se ha apostado por garantizar a las mujeres el derecho al empleo y un acceso más igualitario y real al mercado laboral,

con un reparto más equitativo en la vida y las tareas domésticas. Sin embargo, el camino que queda por recorrer en relación con el cuidado informal es aun largo –para unos países lo es más que para otros–. Y, además, las previsiones de envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la demanda de cuidados, no hacen sino urgir la puesta en práctica de medidas al respecto.

Con este capítulo se termina la parte 2 de esta tesis, en la que se ha analizado el marco institucional de los modelos de cuidados en los Estados del Bienestar europeos y el lugar que ocupa el cuidado informal en éstos. A continuación se realiza un estudio empírico en el que se analiza el cuidado informal en España.

### **PARTE III: ESTUDIO EMPÍRICO**

El principal objetivo de esta tercera parte es analizar los factores que intervienen en el cuidado informal en España. Para lograrlo se efectúan dos tipos de análisis (descriptivo y econométrico) sobre los datos disponibles.



## **Capítulo 7: Metodología**

### **7.1.- Introducción**

El objetivo principal del estudio empírico es analizar el trabajo de cuidados en España, identificando las principales características de este fenómeno y tratando de esclarecer cuáles son los factores implicados en el proceso. Entre otras cosas, se pretende determinar cuál es el peso que tiene el cuidado informal, quién realiza este trabajo, cómo son las personas dependientes y qué características tienen las personas que cuidan de manera informal. El objetivo de medir estas cuestiones no es un fin en sí mismo sino un medio para poner sobre la mesa qué y quién está contribuyendo al bienestar social mediante el trabajo de cuidados.

La investigación parte de la premisa de que la actual crisis de cuidados en la que están inmersos los países desarrollados requiere de actuaciones directas para solventarla. Para mejorar la calidad de vida de las familias con necesidades de cuidados, hay que implantar medidas de política económica que destinen recursos para gestionar el reparto de las actividades de cuidados entre las distintas instituciones: Estado, familia, mercado y entidades sin ánimo de lucro. Por lo que se trata de poner de manifiesto que en España, como se ha visto en los capítulos anteriores de esta tesis, el reparto está desigualmente distribuido. El apoyo estatal a las familias con dependientes es escaso, y son las mujeres de las familias con personas dependientes las que en su mayoría están realizando esta tarea de manera informal. En los capítulos anteriores se ha expuesto como esta situación es injusta e insostenible y el aumento de las necesidades derivadas del envejecimiento de la población en las sociedades del bienestar va a ejercer cada vez más presión sobre las familias y en especial sobre las mujeres.

A lo largo del presente capítulo se abordan, en primer lugar, los objetivos y las hipótesis de la investigación. En segundo lugar se exponen los datos utilizados para el análisis. En tercer lugar se explica el tratamiento que se le ha realizado a los datos para poder trabajar con ellos en los análisis descriptivo y econométrico. Por último, se exponen

las principales características del modelo econométrico utilizado para analizar los datos: el modelo de regresión logística binaria.

## **7.2.- Objetivos e hipótesis**

El estudio empírico pretende alcanzar cinco objetivos generales. Para abordarlos se utilizan métodos estadísticos sobre los datos disponibles con el fin de alcanzar un diagnóstico de la situación y para proponer pautas que mejoren la organización económica de las actividades de cuidados en España. Los tres primeros objetivos se abordan con un análisis descriptivo en el capítulo 8 de esta tesis. Y los dos últimos objetivos se afrontan con un análisis econométrico en el capítulo 9. Los datos utilizados se describen en el próximo apartado (7.3) y pertenecen a la Encuesta Nacional de Salud de 2013 del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para contrastar las hipótesis de los objetivos de econometría se utiliza la metodología del modelo *logit*. Una descripción detallada del funcionamiento de esta metodología se encuentra en el apartado 7.4 del presente capítulo.

### *7.2.1.- Objetivos del análisis descriptivo*

Los hogares con personas dependientes tienen que hacer frente a numerosas dificultades y en mucho de los casos, como en España, no cuentan con el apoyo institucional que necesitan. Los servicios públicos no se han adaptado bien a estas demandas, de hecho, en el capítulo 5 de esta tesis se expone como la Ley de Dependencia no ha logrado los objetivos que se proponía y con el recorte en los presupuestos resulta difícil que lo logre en un futuro próximo. Por todo esto, el primer objetivo del análisis descriptivo pretende caracterizar a los hogares con personas dependientes, procurando identificar los rasgos comunes de este tipo de hogares y observar qué los diferencia de los hogares que no tienen dependientes.

Como se explicó en profundidad en el capítulo 3, el cual hacía referencia a los modelos de Estado del Bienestar, España está ubicada en el modelo mediterráneo, este modelo se caracteriza por no contar con una red institucional adecuada, lo que hace que

el papel del cuidado informal sea mucho más relevante. Además, en el capítulo 6 se observó el importante peso que tiene el cuidado informal en España y el papel tan importante que representan las mujeres mayores en el cuidado informal. Así, el segundo objetivo trata de caracterizar a las personas dependientes, atendiendo a variables como edad, sexo, actividad económica y al tipo de cuidados que reciben.

Como se explicó en profundidad en el capítulo 1, en general, los trabajos de cuidados son realizados en su mayoría por mujeres en el ámbito privado, de manera informal. El hecho de que este trabajo tradicionalmente lo hayan realizado las mujeres ha facilitado la disponibilidad laboral de los hombres adultos de la familia. Además, ha proporcionado bienestar cotidiano a todos los miembros del hogar. Además, en España, se trata de la actividad femenina mayoritaria, tanto cuando el trabajo se realiza de manera formal como cuando se realiza de manera informal. Es importante mostrar esto para impulsar una reorientación de las políticas para que ayuden a reducir las desigualdades de género que origina esta situación. Asimismo, en el capítulo 6 de esta tesis se hace referencia a la influencia del cuidado informal en el bienestar de los cuidadores/as. Concretamente se expuso que en los países del sur de Europa como en España, el cuidado informal intensivo está muy extendido. En este contexto se plantea el tercer objetivo, el cual busca caracterizar a los/as cuidadores/as informales, atendiendo a variables como edad, sexo y actividad económica.

#### *7.2.2.- Objetivos e hipótesis del análisis econométrico*

Con respecto a los objetivos del análisis econométrico, en primer lugar se pretende identificar los factores y características que influyen en la tipología de cuidados (cuidado formal o cuidado informal) que reciben los dependientes. Con este cuarto objetivo, se trata de responder a la pregunta: ¿qué variables influyen en el tipo de cuidado que recibe una persona dependiente? A largo de esta tesis se ha expuesto como en España el cuidado informal tiene un importante peso. A pesar de los diferentes intentos por cambiar la organización social del cuidado, el cuidado informal sigue siendo la norma. En este contexto se plantea la hipótesis 1 con la idea de descubrir si existen algunas variables que puedan condicionar hacia la elección de un tipo de cuidado u otro.

**Hipótesis 1:** Las características del hogar determinan el tipo de cuidado por el que se opta (formal o informal).

Dentro de la hipótesis 1 se plantean otras dos sub-hipótesis. Por un lado, en relación con el objetivo de detectar condicionantes del tipo de cuidado y partiendo de la idea de que una mejor condición socioeconómica pueda hacer que se pueda recurrir a cuidados formales se plantea la hipótesis 1.1. Por otro lado, teniendo en cuenta que la organización social del cuidado a personas mayores ha dependido a lo largo de la historia de la estructura de las familias, la dimensión de la propiedad, los sistemas hereditarios, etc., y como se ha visto en el capítulo 6 el papel de las abuelas ha sido y es muy importante, bajo estas premisas se plantea la hipótesis 1.2. El objetivo de buscar el impacto que tiene la existencia de diferentes generaciones viviendo en el mismo hogar en un contexto en el que cada vez más están cambiando los modelos familiares tradicionales.

**Hipótesis 1.1.** Los hogares con niveles económicos más bajos tienen mayor probabilidad de cuidado informal que los hogares con niveles económicos más elevados.

**Hipótesis 1.2.** Los hogares compuestos por un número mayor de miembros tienen mayor probabilidad de cuidado informal que los hogares compuestos por pocas personas.

Por otro lado, se plantea la hipótesis 2 porque se considera que las características de los dependientes pueden influir en el tipo de cuidados que reciben. Como se ha expuesto en el capítulo 1, en general, los hombres reciben más cuidado informal por parte de mujeres, por lo que se ha querido contrastar la hipótesis 2.1 para comprobar si ocurre lo mismo con nuestra muestra. Por otro lado, dado que la dependencia es un fenómeno ligado al proceso de envejecimiento se ha querido contrastar si la edad del dependiente que en principio puede implicar diferentes necesidades, implica también diferentes tipos de cuidados, para ello se plantea la hipótesis 2.2.

**Hipótesis 2** Las características del dependiente determinan el tipo de cuidado que recibe (formal o informal).

**Hipótesis 2.1.** Los hombres dependientes tienen mayor probabilidad de recibir cuidados de tipo informal que las mujeres dependientes.

**Hipótesis 2.2.** Los/as dependientes menores de 65 años tienen más probabilidad de recibir cuidado de tipo informal.

El quinto y último objetivo procura identificar los factores y características que influyen en la probabilidad de ser cuidador/a informal o no dentro del conjunto de personas no dependientes. La pregunta que se pretende responder es: ¿Qué condiciona y de qué manera influye que una persona sea cuidadora informal de un familiar dependiente? A lo largo de esta tesis ha quedado claro que en el mundo la labor de cuidar a las personas dependientes la realizan en la mayoría de los casos las mujeres. Como se ha expuesto en el capítulo 1, el hecho de que socialmente se hayan atribuido este tipo de tareas a las mujeres, las ha abocado a una situación de mayor precariedad laboral que los hombres, sufriendo una mayor pobreza relativa y bajo enormes tensiones en el intento de tratar de compaginar los distintos trabajos. En este contexto se plantean las siguientes hipótesis:

**Hipótesis 3:** Las características personales determinan la probabilidad de ser cuidador/a informal de un familiar dependiente.

**Hipótesis 3.1.** Ser mujer incrementa la probabilidad de ser cuidadora, frente a los hombres.

**Hipótesis 3.2.** La probabilidad de convertirse en cuidador/a aumenta con la edad.

Asimismo, con el objetivo 5 se pretende profundizar más y dilucidar, qué otras características de las personas influyen en su probabilidad de cuidar. Para ello además de realizar un modelo general, se divide la muestra en diferentes grupos atendiendo a algunas categorías diferenciadas, como por ejemplo, por sexo, edad o tipo de hogar. El objetivo es encontrar diferencias entre estos colectivos. Por ejemplo, descubrir si entre las mujeres existen diferencias, ya que como se ha visto en el Capítulo 1 la carga de trabajo que sufren las mujeres varía según la clase y/o etnia de la persona y normalmente lo soportan más

las mujeres de la clase trabajadora. Por otro lado, también se pretende observar si entre los hombres existen variables que les otorgan más probabilidad de cuidar. Igualmente, estas divisiones de la muestra van a permitir observar, si para las diferentes circunstancias se mantiene el sexo como variable determinante, o si por el contrario existen diferencias. En este contexto se plantean las siguientes hipótesis.

**Hipótesis 3.3.** La actividad económica que se realiza influye en la probabilidad de ser cuidador/a informal.

**Hipótesis 3.3.1.** La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que no están trabajando

**Hipótesis 3.3.2.** La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que están en desempleo

**Hipótesis 3.3.3.** La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que se dedican a labores del hogar

**Hipótesis 3.3.4.** La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as estudiantes.

**Hipótesis 3.4.** La probabilidad de ser cuidador/a informal disminuye conforme se incrementa el nivel de estudios.

**Hipótesis 4:** En todas las versiones del Modelo 2 (submuestras por edad, por sexo del dependientes, por edad del dependientes, por tipo de hogar, o por nivel de ingresos) la probabilidad de cuidar de las mujeres es muy superior a la de los hombres.

A modo de síntesis, en las tablas 7.1 y 7.2, se muestra un resumen de los objetivos e hipótesis a contrastar en el estudio empírico.

**Tabla 7.1: Objetivos, capítulos y metodología**

Objetivos	Capítulo	Metodología
Objetivo 1: Caracterizar a los hogares con personas dependientes	Capítulo 8	Análisis descriptivo
Objetivo 2: Caracterizar a las personas dependientes		
Objetivo 3: Caracterizar a los/as cuidadores/as informales		
Objetivo 4: Identificar los factores que influyen en la tipología de cuidados (cuidado formal o cuidado informal) que reciben los dependientes	Capítulo 9	Análisis econométrico
Objetivo 5: Identificar los factores que influyen en la probabilidad de ser cuidador/a informal o no dentro del conjunto de personas no dependientes.		

**Tabla 7.2. Hipótesis a contrastar, capítulos y metodología**

Hipótesis	Capítulo	Metodología
<b>H 1.</b> Las características del hogar determinan el tipo de cuidado por el que se opta (formal o informal).	Capítulo 9	Análisis econométrico: Modelo 1
<b>H 1.1.</b> Los hogares con niveles económicos más bajos tienen mayor probabilidad de cuidado informal que los hogares con niveles económicos más elevados.		
<b>H 1.2.</b> Los hogares compuestos por un número mayor de miembros tienen mayor probabilidad de cuidado informal que los hogares compuestos por pocas personas.		
<b>H 2.</b> Las características del dependiente determinan el tipo de cuidado que recibe (formal o informal).		
<b>H 2.1.</b> Los hombres dependientes tienen mayor probabilidad de recibir cuidados de tipo informal que las mujeres dependientes.		
<b>H 2.2.</b> Los/as dependientes menores de 65 años tienen más probabilidad de recibir cuidado de tipo informal.		

**Tabla 7.2. Hipótesis a contrastar, capítulos y metodología (continuación)**

Hipótesis	Capítulo	Metodología
<b>H 3.</b> Las características personales determinan la probabilidad de ser cuidador/a informal de un familiar dependiente.	Capítulo 9	Análisis econométrico: Modelo 2
<b>H 3.1.</b> Ser mujer incrementa la probabilidad de ser cuidadora, frente a los hombres.		
<b>H 3.2.</b> La probabilidad de convertirse en cuidador/a aumenta con la edad.		
<b>H 3.3.</b> La actividad económica que se realiza influye en la probabilidad de ser cuidador/a informal.		
<b>H 3.3.1.</b> La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que no están trabajando		
<b>H 3.3.2.</b> La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que están en desempleo		
<b>H 3.3.3.</b> La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que se dedican a labores del hogar		
<b>H 3.3.4.</b> La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as estudiantes.		
<b>H 3.4.</b> La probabilidad de ser cuidador/a informal disminuye conforme se incrementa el nivel de estudios.		
<b>H 4.</b> En todas las versiones del Modelo 2 (submuestras por edad, por sexo del dependientes, por edad del dependientes, por tipo de hogar, o por nivel de ingresos) la probabilidad de cuidar de las mujeres es superior a la de los hombres.		

### 7.3.- Los datos: la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011/2012)

La información utilizada para el estudio empírico de esta tesis proviene de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) que realizó el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2011 y 2012 y fue publicada en marzo de 2013.

La ENS tiene como objetivo proporcionar periódicamente información sobre la salud de la ciudadanía y sobre algunos de los principales factores que la determinan. Hasta el momento se han realizado tres ediciones de dicha encuesta. La primera de ellas en



2003, la segunda en 2006 y la última en 2013, la cual incorpora un apartado relacionado con los cuidados titulado “Trabajo reproductivo”.

La encuesta es representativa a nivel nacional y por comunidades autónomas. Para su realización se utilizaron tres cuestionarios. El “Cuestionario de Hogares” lo responde una persona de referencia del hogar<sup>47</sup> y recoge, entre otras, variables sociodemográficas y socioeconómicas de todos los miembros del hogar. La información que resulta de este cuestionario se ofrece en una base de datos independiente de la información del resto de cuestionarios. El “Cuestionario de Adultos” lo responde una persona adulta del hogar seleccionada aleatoriamente<sup>48</sup>. Se recoge información sobre el estado de salud del adulto seleccionado (AS) y otras cuestiones. Los datos de este cuestionario están organizados en otra base de datos independiente de la de los hogares. El “Cuestionario de Menores” se realiza en caso de que hubiera menores (de 0 a 14 años) y se selecciona un/a menor para que cumplimente este cuestionario<sup>49</sup>. Al igual que en el de adultos se recoge información sobre la salud del menor/a seleccionado y otras variables del mismo. La información recogida se encuentra en una base de datos separada de las demás.

Al estar realizada por el INE, como se puede ver en la tabla 7.3, la ENS está elaborada con unos criterios de calidad y exigencia muy altos. La estrategia del INE se basa en dos ejes principales: utilizar unas directrices de calidad y la implementación de un sistema de gestión de la calidad. Dicho sistema está inspirado en estándares internacionales entre los que destaca la adopción del Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas.

---

<sup>47</sup> La persona de referencia es el miembro de la familia que más ingresos aporta de manera regular al presupuesto del hogar.

<sup>48</sup> La persona adulta (de 15 o más años) seleccionada es elegida aleatoriamente con una tabla Kish. Este procedimiento asigna igual probabilidad a todas las personas adultas del hogar, por lo que se garantiza el muestreo probabilístico mediante asignación aleatoria con reposición.

<sup>49</sup> En el presente estudio no se ha utilizado el “Cuestionario de menores”, se centra en la información del “Cuestionario de hogares” y el “Cuestionario de adultos” de acuerdo a los objetivos de la investigación.

**Tabla 7.3: Ficha técnica de la Encuesta Nacional de Salud del INE, 2013**

<b>Tipo de encuesta</b>	Conjunto seriado de encuestas de periodicidad no regular de entre 2/3 años. Desde el año 2009 se alterna con la Encuesta Europea de Salud teniendo como objetivo una periodicidad quinquenal para cada una de ellas.
<b>Ámbito poblacional o Universo</b>	La población que reside en viviendas familiares principales.
<b>Ámbito geográfico</b>	La Encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Las variables objetivo se proporcionan con un nivel de desagregación territorial de Comunidad Autónoma.
<b>Ámbito temporal</b>	El período de recogida de la información se extiende a lo largo de un año, desde julio de 2011 hasta junio de 2012.
<b>Distribución en el tiempo</b>	La muestra de secciones se distribuye entre los cuatro trimestres que componen el ámbito temporal de la encuesta de manera homogénea, con el objetivo de que cualquier periodo del año esté igualmente representado.
<b>Tamaño muestral</b>	24.000 viviendas distribuidas en 2.000 secciones censales.
<b>Tipo de muestreo</b>	Muestreo trietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Las unidades de tercera etapa son las personas encuestables en la vivienda en el momento de la realización de la entrevista.
<b>Método de recogida</b>	Entrevista personal asistida por ordenador

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia.

El INE también ofrece otras bases de datos con información sobre la situación de personas con necesidades de atención y cuidados, a los que se suele denominar dependientes. Por ejemplo, existe la Encuesta de Empleo del Tiempo de 2009-2010 y la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia de 2008 (EDAD-2008). Sin embargo, se ha elegido la ENS porque sus características y la

actualidad de sus datos la hacen especialmente adecuada para la investigación que se lleva a cabo en esta tesis. A continuación se expondrán con más detalle estos y otros factores.

La ENS es una encuesta de hogares por lo que aporta información de todos los miembros del hogar. Ésta es una de las ventajas más importantes ya que permite ir más allá de un análisis descriptivo y realizar un análisis econométrico. Dado que la información de la ENS identifica quién es el cuidador/a y quién es la persona dependiente del hogar, es viable responder a preguntas del tipo: ¿qué características de los hogares y sus miembros pueden ser influyentes en el tipo de cuidado que recibe un dependiente? o ¿qué puede influir en que una persona del hogar sea cuidadora informal o no? Por lo tanto, a pesar de que el apartado de cuidados es relativamente pequeño en el marco de toda la información que recoge sobre salud, la ENS contiene la información necesaria para cumplir con los objetivos que se persiguen en este estudio.

Muchas de las encuestas que se aproximan al tema de la dependencia solo ofrecen información de uno de los actores que intervienen en el proceso. Por ejemplo, existen las encuestas del uso del tiempo, donde se tiene información sobre el tiempo que dedican algunas personas a cuidar de otras, pero no ofrece información de las personas a las que cuidan ni de variables socioeconómicas de estos dos colectivos y sus hogares. Además, las encuestas del uso del tiempo suelen centrarse más en el cuidado a la niñez que en el cuidado a personas mayores. La Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010 realizada por el INE es un ejemplo de estas circunstancias, en el apartado de “Hogar y Familia” ofrece información sobre el tiempo que dedica la persona entrevistada al cuidado de los niños y de las niñas, donde se especifica los tipos de tareas. Sin embargo, el apartado en el que se pregunta por el tiempo dedicado a cuidados físicos y otras ayudas a adultos dependientes en el hogar es mucho más reducido. Esta información es muy interesante y se dispone por edad y sexo de la persona que responde, pero adolece de más información sobre la persona que recibe esos cuidados y del contexto del hogar en el que se desarrollan. Dado que en la mayoría de los casos en España, los cuidados se ofrecen de manera informal y en el entorno familiar, para este tipo de estudios resulta crucial disponer de información de las características del hogar y sus miembros.

El siguiente motivo para utilizar la ENS es que, de las encuestas que abordan el tema de los cuidados realizadas por el INE, es la más reciente. La ENS fue publicada en

2013 y sus datos fueron recogidos durante 2011 y 2012, por lo que brinda información más actualizada de la situación de las familias en el contexto de crisis económica en el que se encuentra España desde el año 2008. No obstante, teniendo en cuenta que en la EDAD-2008 se recoge información muy detallada sobre las personas con discapacidad en España, se ha revisado la información que aporta para poner en contexto al grupo de población de estudio. De acuerdo con la EDAD-2008, el número de dependientes mayores de 65 años en España se encuentra en torno a los dos millones de personas. De los cuales un 66% son mujeres y esa proporción de mujeres se incrementa a medida que va aumentando la edad, llegando a representar el 70% del grupo de población dependiente mayor de 80 años. Además, en el colectivo femenino la representación del grupo de gran dependencia es mayor que en el colectivo masculino<sup>50</sup>.

Con respecto a los cuidados que reciben las personas dependientes, EDAD-2008 ofrece información de su relación con el cuidador/a principal (o si sus cuidados los reciben de un empleado o de los servicios sociales) y también se dispone del sexo, la edad, la actividad económica, el nivel de estudios y el tiempo en horas/día de la persona que les cuida. Por lo que EDAD-2008 cuenta con la información del volumen que representa el cuidado informal en el contexto de la población dependiente en España y el perfil por sexo y edad de los cuidadores informales. Concretamente, en EDAD-2008 se observa como aproximadamente el 85% de los dependientes reciben cuidado informal y que en la mayoría de los casos este cuidado es prestado por una mujer de entre 45 y 64 años que, o bien lo compagina con un trabajo remunerado -trabajo a tiempo parcial y/o doble jornada laboral-, o bien se dedica exclusivamente a trabajos no remunerados como son las labores del hogar. Como se puede observar, la población dependiente mayor de 65 años es un colectivo bastante grande en España y el papel que representan las mujeres también es muy significativo, tanto en el colectivo de personas dependientes (tienen mayor esperanza de vida que los hombres), como en la situación de cuidadoras formales e informales. Con los datos de la ENS, se tiene la oportunidad de actualizar esta información y observar si en los años transcurridos entre la realización de ambas encuestas se han producido cambios en las tendencias señaladas.

---

<sup>50</sup> El INE establece tres niveles de dependencia: dependencia moderada, dependencia severa y gran discapacidad.

A continuación y volviendo a la información que ofrece la ENS, en las tablas 7.4, 7.5, 7.6 y 7.7 se detallan las diferentes variables que se han utilizado, atendiendo a su descripción, rango de valores y nivel de medida<sup>51</sup>.

**Tabla 7.4: Variables identificadoras**

Nombre	Descripción	Rango de valores	Nivel de medida
IDENTHOGAR	Número de identificación del hogar: Sección + Vivienda + Hogar	5 dígitos sección 2 dígitos vivienda 1 dígito hogar	Nominal
A7_1_i	Persona de referencia (PR)	1: Sí, 6:No	Nominal
A8_1_i	Adulto seleccionado (AS)	1: Sí, 6:No	Nominal

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia.

**Tabla 7.5: Variables Sociodemográficas**

Nombre	Descripción	Rango de valores	Nivel de medida
CCAA	Comunidad Autónoma de residencia	1: Andalucía, 2: Aragón, 3: Asturias, 4: Baleares, 5: Canarias, 6: Cantabria 7: Castilla y León, 8: Castilla-La Mancha, 9: Cataluña, 10: Comunidad Valenciana, 11:Extremadura, 12: Galicia, 13: Comunidad de Madrid, 14: Murcia, 15: Navarra, 16: País Vasco, 17: La Rioja, 18: Ceuta, 19: Melilla	Nominal
ESTRATO	Estrato al que pertenece el hogar (por tamaño de municipio)	0: Municipios de más de 500.000 habitantes 1: Municipio capital de provincia (excepto los anteriores) 2: Municipios con más de 100.000 habitantes (excepto los anteriores) 3: Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes (excepto los anteriores) 4: Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes (excepto los anteriores) 5: Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes 6: Municipios con menos de 10.000 habitantes	Ordinal

<sup>51</sup> Un listado más amplio en el que se incluyen las variables que utiliza el INE para organizar la información se encuentra en el ANEXO 1.

**Tabla 7.5: Variables Sociodemográficas (continuación)**

Nombre	Descripción	Rango de valores	Nivel de medida
SEXO_i	Sexo	1: Hombre, 2: Mujer	Nominal
EDAD_i	Edad	De 0 a 117 años	Escala
A10_i	Nivel de estudios	1: No procede, es menor de 10 años 2: No sabe leer o escribir 3: Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta) 4: Fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria (Educación Primaria completa) 5: Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental) 6: Estudios de Bachillerato 7: Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes 8: Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes 9: Estudios universitarios o equivalentes 98: No sabe 99: No contesta	Ordinal
A12	Composición del hogar	1: Hogar unipersonal 2: Pareja sola, 3: Pareja con algún hijo menor de 25 años 4: Pareja con todos los hijos mayores de 25 años 5: Padre o madre solo, con algún hijo menor de 25 años 6: Padre o madre solo, con todos los hijos mayores de 25 años 7: Pareja, padre o madre solo con hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar 8: Otro tipo de hogar	Nominal

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia.

**Tabla 7.6: Variables socioeconómicas**

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>	<b>Rango de valores</b>	<b>Nivel de medida</b>
A11_1_i	Actividad económica actual: trabajando	1: Sí, 6:No	Nominal
A11_2_i	Actividad económica actual: desempleo	1: Sí, 6:No	Nominal
A11_3_i	Actividad económica actual: jubilado	1: Sí, 6:No	Nominal
A11_4_i	Actividad económica actual: estudiando	1: Sí, 6:No	Nominal
A11_5_i	Actividad económica actual: incapacitado	1: Sí, 6:No	Nominal
A11_6_i	Actividad económica actual: labores del hogar	1: Sí, 6:No	Nominal
A11_7_i	Actividad económica actual: otros	1: Sí, 6:No	Nominal
A11_8_i	Actividad económica actual: no contesta	1: Sí, 6:No	Nominal
CLASE_PR	Variable derivada: Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia <sup>52</sup>	1: Clase Social I 2: Clase Social II 3: Clase Social III 4: Clase Social IV 5: Clase Social V 6:Clase Social VI 9: No consta	Ordinal

<sup>52</sup> En el apartado 4.4 hay un listado del tipo de ocupaciones que definen cada clase social.

**Tabla 7.6: Variables socioeconómicas (continuación)**

Nombre	Descripción	Rango de valores	Nivel de medida
D27	Principal tipo de ingreso del hogar	1: Ingresos del trabajo ( por cuenta propia o ajena) 2: Prestación y subsidios por desempleo 3: Pensión por jubilación o viudedad 4: Pensión por invalidez o incapacidad 5: Prestaciones económicas por hijo a cargo, ayudas a la familia... 6: Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda 7: Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación 8: Otros ingresos regulares / Otro subsidio o prestación social regular	Nominal
D28	Intervalo de ingreso mensual neto del hogar	1: 550 euros o menos 2: De 551 a 800 euros 3: De 801 a 1050 euros 4: De 1.051 a 1.300 euros 5: De 1.301 a 1.550 euros 6: De 1.551 a 1.850 euros 7: De 1.851 a 2.250 euros 8: De 2.251 a 2.700 euros 9: De 2.701 a 3.450 euros 10: Más de 3.450 euros 98: NS 99: NC	Escala

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia.



**Tabla 7.7: Variables de cuidados**

<b>Nombre</b>	<b>Descripción</b>	<b>Rango de valores</b>	<b>Nivel de medida</b>
Z140	¿Viven en el hogar personas con alguna limitación o discapacidad que necesiten cuidados?	1: Sí, 6:No	Nominal
Z141	¿Quién se ocupa de su cuidado principalmente?	1: Usted sólo 2: Usted compartiéndolo con otra persona 3: Otra persona de la casa 4: Una persona que no reside en el hogar remunerada por ello 5: Los servicios sociales 6: Otra situación 8: No sabe 9: No contesta	Nominal

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia.

## 7.4.- Tratamiento de los datos

El programa estadístico informático que se ha utilizado para realizar el análisis descriptivo y econométrico es el SPSS<sup>53</sup>. Este programa se utiliza con bastante frecuencia en las ciencias sociales, tiene capacidad para trabajar con grandes bases de datos y un menú bastante intuitivo que permite avanzar rápidamente en su manejo.

<sup>53</sup> No obstante, para introducir los datos en el SPSS, primero se han abierto con el programa estadístico informático Stata. El motivo es que el programa Stata permite introducir archivos de texto que son leídos por medio de un diccionario. Dicho diccionario previamente ha de crearse especificando el nombre de cada variable y la longitud de caracteres que ocupa. Una vez leídos los datos con Stata y archivados en formato “.dta”, se procede a abrir el citado archivo de texto en SPSS. A continuación se guarda el archivo en formato “.sva”.

Antes de profundizar en el procedimiento que se ha seguido para tratar los datos cabe señalar brevemente la forma en la que la ENS está creada. El motivo es que, probablemente, la manera en la que está organizada la información y diseñada la encuesta es para estudiarla de manera diferente a como se ha querido hacer en este estudio, debido a que el ámbito de estudio de esta encuesta es universal, dirigida a la población en general, mientras que en esta investigación se pone el foco en un subconjunto o submuestra particular, la de los hogares con dependientes. Esto ha supuesto un importante reto ya que, por medio de la programación de bases de datos, ha sido necesario reestructurar la información de manera automática, para poder relacionar las características de los diferentes individuos del hogar en determinadas condiciones. Sin embargo, esta situación que podría definirse como un inconveniente aporta un valor añadido al estudio, ya que no se conocen trabajos que hayan explotado esta encuesta con el mismo objetivo ni con el mismo tipo de análisis que aquí se propone.

Una vez introducidas en SPSS las dos bases de datos que proporciona la ENS, la de hogares y la de adultos, se procede a fusionar los dos ficheros. Para ello primero se ha creado una variable identificadora de cada persona que se ha llamado “cadena”. Es necesario crear dicha variable común en los dos grupos de datos y que además identifique a cada una de las personas de la muestra porque en la muestra de hogares, están todos los individuos (cada fila es un individuo del hogar) y, en cambio, en la base de datos de adultos sólo está un individuo por cada hogar (el AS). La idea es crear una variable que identifique a cada persona, incluirla en las dos bases de datos y de esta forma, lograr que cuando se incluyan las variables del fichero de adultos en el de hogares éstas se incorporen en la fila que le corresponde en cada hogar (la del AS).

El siguiente paso que se ha realizado es el de crear las variables necesarias para el análisis<sup>54</sup>. Resulta necesario crear nuevas variables a partir de las ya existentes, debido a que la muestra no está organizada de la forma en que se necesita para el estudio. El motivo es que la mayoría de la información sobre los distintos miembros del hogar y su relación con los cuidados se encuentra únicamente en la fila del AS (porque es él el que responde a la encuesta). Para la creación de estas variables ha sido necesario seguir un procedimiento similar al anterior para fusionar los archivos. Por lo que se ha buscado la

---

<sup>54</sup> Un listado de las variables creadas se encuentra en el Anexo 1.

manera de relacionar la información ubicada en la fila del AS con el miembro del hogar al que pertenece.

El procedimiento seguido se ha llevado a cabo gracias a que en la fila del AS se especificaba el número de orden del dependiente o del cuidador según la variable de estudio. Por lo que se ha podido concatenar la variable “IDENTHOGAR” con esas variables que contenían el número de orden de esas personas. De esta forma, la nueva variable “cadena” está compuesta por el identificador de la persona dependiente o el cuidador pero está ubicada en la fila del AS, por lo que se le pueden asociar las variables que contienen información sobre ellos, pero que son respondidas por el AS. A continuación esta nueva variable “cadena” y las variables con la información que interesa se incorporan a la base de datos general de la misma forma que se procedió con el fusionado de las dos bases de datos originales. Por último, realizando el mismo tipo de procedimiento se ha asociado la información del dependiente a todos los miembros del hogar.

## **7.5.- El modelo *logit***

En este apartado se exponen las principales características del modelo econométrico que se ha utilizado para analizar los datos. El modelo econométrico elegido es la Regresión Logística porque se ajusta a las características de la información que se quiere analizar. El objetivo de esta técnica multivariada de análisis de datos es predecir una variable criterio categórica, a partir de una o más variables predictoras, las cuales pueden ser categóricas o cuantitativas. Existen dos tipos de variables criterio categóricas, las que tienen una respuesta dicotómica y las que tienen una respuesta politómica. Con respecto a las primeras, el tipo de regresión que se realiza con ellas es una regresión binaria y con respecto a las segundas, las regresiones que se pueden realizar son nominales u ordinales. En el presente estudio las variables que se pretenden reproducir o pronosticar en los diferentes modelos son variables dicotómicas, por lo que a continuación se profundiza en la metodología de la Regresión Logística Binaria. Para el estudio de esta metodología se han utilizado los trabajos de Hosmer y Lemeshow (1989), Peña (2000), Wooldridge, 2006, Perez, 2009a, 2009b, Hosmer y Lemeshow (2000), Pardo y Ruiz (2012) y Hosmer, et al. (2013).

### 7.5.1.- Regresión logística binaria

Como cualquier modelo de regresión, el modelo de regresión logística binaria está formado por una variable criterio y por una o varias variables predictoras. Este tipo de análisis es frecuente en ciencias sociales porque resulta muy útil en los estudios con respuestas dicotómicas. Las variables predictoras diferencian los grupos definidos por la variable dicotómica y el resultado de la regresión logística binaria consiste en obtener una serie de coeficientes que informan sobre la contribución individual de cada variable predictora a la probabilidad de pertenecer a uno de los dos grupos, controlando el efecto del resto de predictores incluidos en el modelo. Además se obtienen pronósticos que permiten clasificar a los sujetos, aunque la clasificación de sujetos no es uno de los objetivos perseguidos en el presente trabajo.

La variable criterio dicotómica con la que se trabaja cuenta con un código que permite identificar los dos grupos de la variable. Generalmente, el valor 1 se utiliza para definir el “acierto” o presencia del fenómeno de estudio y el valor 0 para definir el “error” o ausencia del fenómeno de estudio. Ambas probabilidades son complementarias, es decir

$$P(Y = 1) = 1 - P(Y = 0) \quad (1)$$

En la ecuación (1),  $Y$  es la variable criterio dicotómica con valores (0-1). Dada la complementariedad de  $P(Y = 1)$  y  $P(Y = 0)$ , a partir de ahora se puede continuar sólo con  $P(Y = 1)$ :

$$E(Y) = P(Y = 1) = \pi_1 \quad (2)$$

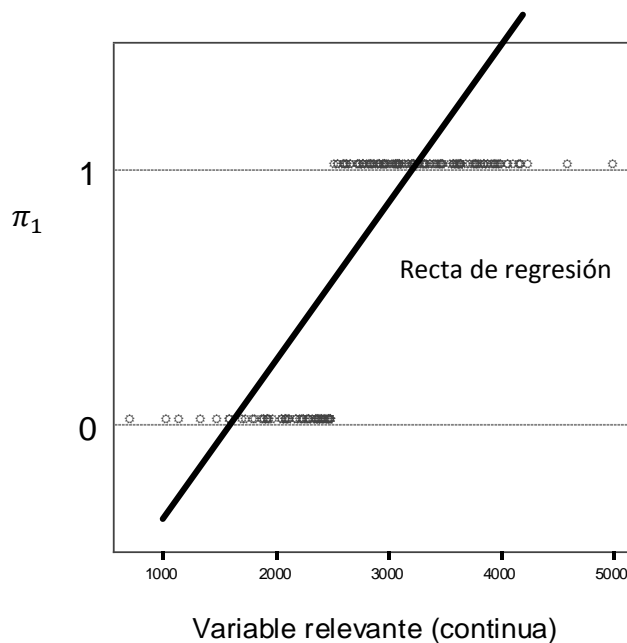
En la ecuación (2) se observa como la media o valor esperado de  $Y$  es igual al parámetro poblacional que se corresponde con la proporción de “unos”. Al contrario que en el caso de las repuestas cuantitativas, con las respuestas categóricas no interesa pronosticar los valores concretos de la variable, que son irrelevantes, sino que lo que importa es averiguar la probabilidad de pertenecer a una de las dos categorías. Para calcular estas probabilidades existen varias estrategias, una de ellas sería partir del supuesto de que  $\pi_1$  está linealmente relacionada con  $X$ , por lo que se utilizaría una función lineal, como la de la ecuación (3) definiendo el modelo clásico de regresión lineal.

$$\pi_1 = \beta_0 + \beta_1 X \quad (3)$$

El pronóstico de esta ecuación es una línea recta definida por las variables  $X$  e  $Y$  en la que  $\beta_0$  es la ordenada en el origen, el punto en el que la recta corta el eje vertical y  $\beta_1$  es la pendiente de la recta.

### Gráfico 7.1: Diagrama de dispersión con recta de regresión lineal para una variable criterio dicotómica

Variable dependiente dicotómica  
Ausencia (0) - Presencia (1) del fenómeno estudiado



Cuando la pendiente es igual a 0 significa que no existe relación lineal y, por tanto, la recta es paralela al eje horizontal o de abscisas. En el diagrama de dispersión que se muestra en el gráfico 7.1, la recta de regresión que ofrece la ecuación (3) se basa en unos supuestos que con las variables dicotómicas no se cumplen:

1. Linealidad: la relación entre  $X$  e  $Y$  no es lineal.
2. Independencia: los errores ( $Y(0,1) - \pi_1$ ) no son independientes de los valores de  $X$ .
3. Normalidad: por las características de la variable los errores no pueden distribuirse normalmente.

4. Homocedasticidad: la variabilidad de los errores no es constante para todo el rango de valores de  $X$ .

Estas limitaciones se podrían corregir con muestras grandes y utilizando diferentes métodos de estimación. No obstante, aunque se solucionaran estos problemas, hay otro problema mayor y es que la recta de regresión lineal se extiende infinitamente por sus dos extremos. En respuestas dicotómicas estos valores no tienen sentido, todos los pronósticos deben estar en el rango 0-1, por lo que se constata que la regresión lineal no es útil para modelar respuestas dicotómicas, siendo de mayor utilidad para pronosticar respuestas de carácter cuantitativo. Para datos dicotómicos, resultan más adecuados modelos que permitan definir una relación curvilínea entre  $X$  y  $\pi_1$  y den pronósticos en el rango 0-1 de la variable criterio. La función más utilizada, por su versatilidad y facilidad para interpretar, es la función logística, también existe la función probit pero con ella es más difícil incluir más de una variable predictora.

#### 7.5.2.- La función logística y la transformación logit

La forma de la función logística es la siguiente:

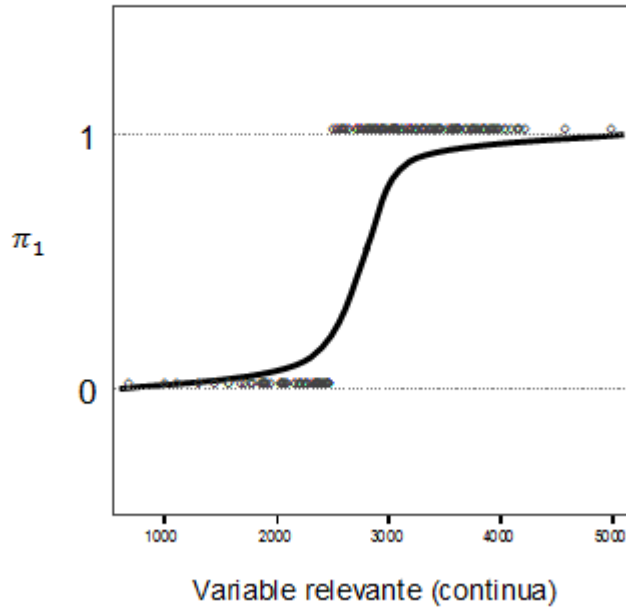
$$\pi_1 = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X}} = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X)}} \quad (4)$$

en donde

- Se define como una función monótona
- $\pi_1$  tiende a 0 si  $\beta_1 < 0$  cuando  $X$  tiende a infinito.
- $\pi_1$  tiende a 1 si  $\beta_1 > 0$  cuando  $X$  tiende a infinito.
- Tiene forma de S cuando  $\beta_1 > 0$ .
- Tiene forma de S invertida horizontalmente si  $\beta_1 < 0$ .
- Independientemente del valor de  $X$ , los valores de la ecuación siempre están en el rango 0 – 1.

**Gráfico 7.2: Curva de regresión logística con diagrama de dispersión para una variable criterio dicotómica**

Variable dependiente dicotómica  
Ausencia (0) - Presencia (1) del fenómeno estudiado



En el gráfico 7.2 se observa que el seguimiento de la nube de puntos es mucho mejor que con la función lineal. El ajuste de la recta a la una nube de puntos va mejorando conforme se va alejando de 0 el valor de su pendiente.

Cuando la variable  $X$  pronostica correctamente la probabilidad de pertenecer a cada categoría de la variable  $Y$ , la curva logística tiene mucha pendiente ( $\beta_1$  alto en valor absoluto). Cuando no existe relación, se obtiene una curva sin pendiente en la que  $\beta_1$  tiene un valor próximo a 0 en valor absoluto.

La transformación logit se obtiene simplificando en primer lugar la función logística propuesta en la ecuación (4) mediante la expresión (5), y en segundo lugar tomando el logaritmo de (5) para realizar la transformación lineal propuesta en (6):

$$odds(Y = 1) = \frac{\pi_1}{1-\pi_1} = e^{\beta_0 + \beta_1 X} \quad (5)$$

$$\log_e = \frac{\pi_1}{1-\pi_1} = \beta_0 + \beta_1 X \quad (6)$$

La parte izquierda de la ecuación tiene diferentes definiciones: log-odds, transformación logit o logit. Se suele representar como  $\text{logit}(Y = 1)$ , y normalmente, se denomina como *modelo de regresión logística* cuando se utilizan predictores de carácter cuantitativo o *modelo logit* cuando todos los predictores son de carácter categórico.

$$\text{(Modelo bivariado)} \quad \text{logit}(Y = 1) = \beta_0 + \beta_1 X \quad (7)$$

$$\text{(Modelo multivariado)} \quad \text{logit}(Y = 1) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \cdots \beta_p X_p \quad (8)$$

El lado derecho de la ecuación es el predictor lineal del modelo logit. En el modelo logit no se trabaja con los dos valores concretos de la variable  $Y$  (no se pronostica  $E(Y)$ ) sino con la probabilidad de pertenecer a una de las dos categorías de la variable (más concretamente,  $\text{logit}(Y = 1)$ ). Este es un modelo de la familia de los modelos lineales generalizados, que utilizan una función de enlace logit y que permiten expresar la transformación logit como una combinación lineal de efectos.

La probabilidad, la *odds* y el logit expresan la misma idea pero en diferente escala. Aunque la interpretación de la probabilidad es más fácil que la de *odds* y la de *odds* más fácil que la de *logit*, ésta última permite aprovechar las ventajas de trabajar con un modelo lineal.

**Tabla 7.8: Correspondencia entre los valores que puede adoptar  $P(Y = 1)$ ,  $\text{odds}(Y = 1)$  y  $\text{logit}(Y = 1)$**

	<b><i>Prob</i>(<math>Y = 1</math>)</b>	<b><i>odds</i>(<math>Y = 1</math>)</b>	<b><i>Logit</i>(<math>Y = 1</math>)</b>
<b>Rango</b>	(0-1)	(0,+∞)	(-∞, +∞)
<b>Ejemplo</b>	0,50	1	0

Recapitulando, se tiene que las características de procedimiento de la elaboración de un modelo logit son:

1. Valorar si las variables predictoras incluidas, de manera conjunta, están o no significativamente relacionadas con la variable criterio y estimar la fuerza de esa relación.



2. Evaluar el ajuste global del modelo: reconocer qué variables (y en qué medida) favorecen el ajuste del modelo, contrastando la significación individual de los coeficientes de regresión.
3. Comprobar que se cumplen los supuestos en los que se basa el modelo logit e investigar si existen casos atípicos e influyentes.

#### *7.5.3.- Elección de variables predictoras e interpretación de coeficientes*

A la hora de decidir qué variables se deben incluir en la ecuación de regresión como posibles predictoras se pueden seguir dos tipos de criterios: teóricos o estadísticos. El criterio teórico se sigue de contrastar modelos o hipótesis teóricas y suele implicar la inclusión forzada de variables. Sin embargo, en investigación aplicada es frecuente encontrarnos con situaciones en las que no hay una hipótesis o un modelo teórico que contrastar, por lo que se podría empezar incluyendo aquellas variables de las que se tienen indicios sobre su contribución para explicar el fenómeno bajo estudio. El objetivo es encontrar aquel modelo capaz de ofrecer el mejor ajuste posible con el menor número de variables predictoras. De esta manera, se intenta cumplir con dos principios que deben seguirse en la aplicación de cualquier modelo estadístico: parsimonia (incluir el menor número posible de variables para facilitar la interpretación de resultados y hacer el modelo generalizable) y máximo ajuste (conseguir explicar lo mejor posible el comportamiento de la variable criterio).

Antes de profundizar en las tres estrategias para la elección de variables predictoras, cabe señalar, un primer criterio de selección inicial de las variables. Este criterio es de Hosmer y Lemeshow (1989) y establece que se deben incluir las variables que en el análisis exploratorio realizado a partir del procedimiento tablas de contingencia y la prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) cumplan con el criterio  $p(\chi^2) < 0,25$ .

Existen tres tipos de estrategias para la elección de variables predictoras. Primero, la inclusión forzosa, en la que se incluyen todos los predictores seleccionados desde el punto de vista teórico, con el objetivo de valorar el efecto conjunto de todas las variables. El problema de este sistema es que el modelo final puede contener información irrelevante por falta de significación estadística (el nivel crítico de varios coeficientes no tienen por qué caer en la zona crítica definida por  $\alpha$ ). En segundo lugar, existe la estrategia de utilizar

un procedimiento de selección por pasos. Esta estrategia utiliza criterios estadísticos para incluir o excluir variables. Solo se mantienen en el modelo las variables que efectivamente influyen en el ajuste global del modelo. La ventaja principal de esta estrategia es que solo se mantienen variables relevantes y su principal inconveniente es que pueden quedar fuera variables que desde el punto de vista teórico son importantes. En tercer lugar existe la selección por bloques. Esta estrategia permite controlar qué variables se incluyen o excluyen en cada bloque y el orden en que se quiere proceder.

En las dos últimas estrategias se puede elegir proceder hacia delante o hacia atrás. Hacia delante consiste en partir de un modelo nulo al que se le van incorporando variables paso a paso hasta que no quedan variables que ayuden a contribuir a un mejor ajuste del modelo. Con el procedimiento hacia atrás se inicia con el modelo que incluye todas las variables elegidas y se van excluyendo hasta que solo quedan las que contribuyen al ajuste.

Cuando se inicia en SPSS una regresión logística el primer resultado que ofrece es el relativo al modelo nulo, en el denominado Bloque 0, en donde se encuentra la información del modelo que sólo incluye el término constante ( $\text{logit}(Y = 1) = \beta_0$ ). Este Paso 0 no tiene utilidad en sí misma sino que sirve de referencia para valorar el cambio que se produce cuando se van incorporando variables a la ecuación de regresión. La primera información que ofrece el programa es el resultado de cruzar los valores observados en la variable criterio con los pronosticados en el modelo nulo. Como el modelo nulo no tiene predictores, todos los casos son clasificados en la categoría más probable, en función de las proporciones que aparecen en los datos. En segundo lugar, el programa recoge la estimación de la constante del modelo junto con varios estadísticos asociados a esa estimación. Se ofrece el nivel crítico (significación) resultante de contrastar la hipótesis nula de que el valor poblacional de la constante es cero. En otras palabras, el término constante se estima a partir de las frecuencias marginales de la variable criterio: dependiente.

$$\hat{\beta}_0 = \log_e \left( \frac{n_1}{n_0} \right) \quad (9)$$

Si  $\hat{\beta}_0$  es positivo indica que la proporción de  $Y = 1$  es mayor que la de  $Y = 0$  y si  $\hat{\beta}_0$  es negativo ocurre al contrario. Pasando el valor de la estimación del término constante a su escala natural se obtiene:

$$\text{Exp}(\hat{\beta}_0) = e^{\hat{\beta}_0} \quad (10)$$

Este valor, significa *odds* del suceso de la variable criterio, es decir, la proporción de  $Y = 1$  sobre la proporción de  $Y = 0$ .

A continuación el programa indica lo que pasaría si se incorporan al modelo las variables predictoras elegidas. Ofrece, a través del estadístico *puntuación* para cada variable un contraste de la hipótesis de que su efecto es nulo. Si el nivel de significación es inferior a 0,005 se puede rechazar la hipótesis nula y por tanto la variable contribuye significativamente a mejorar el ajuste del modelo nulo. Por último, brinda los estadísticos globales, los cuales permiten contrastar la hipótesis de no relación entre la variable criterio y las predictoras introducidas tomadas juntas. Con toda esta información el investigador/a puede valorar si las variables que ha seleccionado ofrecen un buen ajuste del modelo y comparar la eficacia del modelo finalmente elegido con este modelo nulo.

Finalmente, a la hora de interpretar el modelo elegido hay que tener en cuenta, que el signo del coeficiente  $\beta_j$  muestra el tipo de relación (positiva o negativa) que tienen la variable  $X_j$  e  $Y$ . Sin embargo,  $\beta_j$  no indica la magnitud del impacto de  $X_j$  sobre la probabilidad de respuesta, ya que se trata de un modelo no lineal. Por tanto, se suele interpretar el valor de la *odds-ratio*, que viene dada por el exponencial del coeficiente.

#### 7.5.4.- Estadísticos

Seguidamente, el programa ofrece la información referida al Bloque 1. En este bloque se encuentra la información necesaria para realizar una valoración global del modelo. Con el análisis de los estadísticos que ofrece esta parte se puede valorar si las variables incluidas en el modelo contribuyen o no a explicar una parte significativa de la variable criterio.

### Razón de verosimilitudes o Desvianza ( $G^2$ )

El primer estadístico del que se informa es el estadístico razón de verosimilitudes ( $G^2_{0-1} = -2LL_0 - (-2LL_1)$ ). Este estadístico se calcula a partir de la desvianza del modelo nulo ( $-2LL_0$ ) y del modelo propuesto ( $-2LL_1$ ). Permite valorar si las variables predictoras contribuyen a mejorar el ajuste del modelo nulo. Si el nivel crítico asociado a este estadístico (Sig.) fuese menor a 0,005 se puede rechazar la hipótesis nula de que los coeficientes de regresión de las variables son iguales a cero y concluir que las variables contribuyen significativamente a mejorar el ajuste del modelo nulo. En otras palabras, ofrece una valoración del cambio que ha experimentado la desvianza del modelo nulo al incorporar las variables predictoras, ese cambio se llama Razón de verosimilitudes. Permite contrastar la hipótesis nula de que todos los coeficientes de regresión (menos la constante) valen 0. Así se valora si el modelo propuesto consigue reducir el desajuste del modelo nulo.

### Estadístico $R^2$ Cox y Snell y Estadístico $R^2$ Nagelkerke

A continuación, entre otras cuestiones, el SPSS da la información referida a los estadísticos  $R^2$  Cox y Snell y Nagelkerke. Estos estadísticos permiten valorar la intensidad de la relación entre la variable criterio y el conjunto de variables predictoras elegidas para el modelo. Valoran la calidad de un modelo en función de si consigue pronosticar bien o mal las probabilidades de cada categoría de la variable criterio. Estos estadísticos funcionan de manera similar al coeficiente de determinación que se utiliza en regresión lineal. Dicho coeficiente de determinación valora la significación sustantiva de un modelo, expresando en escala de 0 a 1 en qué medida el modelo de regresión consigue reducir los errores de predicción cuando en lugar de pronosticar a todos los valores de Y su media, se utiliza la ecuación de regresión para hacer pronósticos. Cuando se trabaja con Cox y Snell y Nagelkerke hay que tener en cuenta que este tipo de estadísticos pueden tomar valores bajos incluso cuando el modelo estimado pueda ser apropiado y útil.

Cox y Snell se obtiene de la siguiente manera:  $R^2_{Cox y Snell} = 1 - \left(\frac{L_0}{L_1}\right)^{\frac{2}{n}}$  donde  $L_0$  es la verosimilitud del modelo nulo y  $L_1$  es la del modelo propuesto. El valor mínimo de este estadístico es 0, pero en caso de ajuste perfecto el valor máximo no es 1. Por esta

razón Nagelkerke propuso una modificación para llegar al valor 1 en caso de ajuste

perfecto  $R_{Nagelkerke}^2 = \frac{R_{Cox y Snell}^2}{R_{max}^2}$  ;  $R_{max}^2 = 1 - [L_0]^{2/n}$  (Pardo y Ruiz, 2012).

### Prueba de Hosmer-Lemeshow

Entre otros estadísticos de bondad del ajuste, el SPSS ofrece la prueba de Hosmer-Lemeshow. Este estadístico tiene sentido utilizarlo cuando se tienen más de una variable predictora porque sólo sirve si el modelo que se está ajustando genera muchos pronósticos diferentes. El programa obtiene este estadístico a partir de una tabla de contingencia. Dicha tabla se crea dividiendo la muestra en 10 grupos del mismo tamaño a partir de sus probabilidades pronosticadas (el primer grupo está formado por el 10% de los casos con las probabilidades pronosticadas más bajas y el décimo grupo lo componen el 10% de los casos con las probabilidades pronosticadas más altas). Después se calculan dos tipos de frecuencias: las observadas (número de casos de cada grupo que pertenecen a cada categoría de la variable criterio) y las esperadas (se obtienen sumando las probabilidades pronosticadas de todos los casos del grupo cuando  $Y = 1$  y del grupo cuando  $Y = 0$ ).

Para contrastar la hipótesis nula de que las frecuencias pronosticadas por el modelo se parecen a las observadas, Hosmer-Lemeshow han demostrado que puede utilizarse el estadístico  $X^2$  de Pearson. Asimismo, cuando se trabaja con este estadístico es importante tener en cuenta que la presencia de valores irrelevantes en la ecuación de regresión suele afectar negativamente a su precisión. Además esta prueba necesita muestras grandes y variables predictoras capaces de generar un pronóstico diferente para la mayoría de los casos. Sin embargo el valor estadístico de *chi-cuadrado* es sensible al tamaño muestral, muestras muy grandes podrían llevar a rechazar la hipótesis en modelos que se ajustan de manera adecuada.

### Estadístico de Wald

Para valorar la significación estadística de los coeficientes de regresión el SPSS ofrece el estadístico de Wald. Con este estadístico se contrasta la hipótesis nula de que el coeficiente de regresión vale cero en la población. Se obtiene elevando al cuadrado el cociente entre el valor del coeficiente ( $\beta$ ) y su error típico. Para rechazar la hipótesis nula

y concluir que el valor poblacional del coeficiente de regresión es distinto de cero, el nivel crítico asociado al estadístico de Wald tiene que ser menor que 0,05. Rechazar esta hipótesis nula significa que la variable predictora está significativamente relacionada con la variable criterio. Es importante señalar que el estadístico de Wald es bastante sensible al tamaño de los coeficientes, si son muy grandes en valor absoluto, también lo es su error típico y el estadístico de Wald tiende a rechazar menos de lo que debería la hipótesis nula. En estos casos en los que el estadístico de Wald es muy conservador, se puede utilizar la razón de verosimilitud.

### Intervalos de confianza

Además del estadístico de Wald el SPSS ofrece los intervalos de confianza. Los límites correspondientes a  $\hat{\beta}_j$  se calculan de la siguiente manera:

$$IC_{\beta_j} = \hat{\beta}_j \pm |Z_{\frac{\alpha}{2}}| S_{\hat{\beta}_j} \quad \text{Donde } Z = (P_1 - P_0) / \sqrt{P_0 \frac{1-P_1}{n}}$$

Estos intervalos indican entre qué valores se estima que se encuentran, con una confianza del 95% los valores poblacionales de las *odds* ratios estimadas. Aunque estos intervalos se refieren a los valores exponenciales de  $\hat{\beta}_j$  se calculan a partir de los coeficientes  $\hat{\beta}_j$ .

#### 7.5.5.- *Supuestos del modelo logit*

Para que el modelo de regresión logística funcione es necesario que se cumplan una serie de supuestos que se detallan a continuación.

#### Supuesto 1: Linealidad

El supuesto más importante es el que establece que el modelo tiene que estar correctamente especificado. En los casos en los que no está correctamente especificado suele deberse a alguna de estas dos circunstancias. La primera tiene que ver con que no se hayan elegido bien las variables predictoras. Esto puede ocurrir porque existen otras

variables que lo explican mejor, lo cual puede sesgar a los coeficientes de regresión y es un problema que tiene difícil solución. Por otro lado, el modelo puede estar mal especificado porque se hayan incluido variables irrelevantes. Esto ocasiona estimaciones de los coeficientes poco eficientes que inflan los errores típicos. No obstante, con la significación de los coeficientes se detecta cómodamente este problema por lo que tiene una solución fácil.

La segunda circunstancia por la que puede que el modelo no esté correctamente especificado es que las variables predictoras estén bien elegidas pero no tengan una relación lineal con el logit de  $Y$ . El supuesto de linealidad implica para el logit de  $Y$  que por cada unidad que aumente  $X_j$  hay un cambio constante de tamaño  $\hat{\beta}_j$  para cualquier combinación entre los valores del resto de variables. Es importante aclarar si la relación es lineal o no porque si no lo es no se puede usar una ecuación lineal. Existen dos estrategias diferentes para esclarecer esta circunstancia. La primera estrategia propone dividir la variable predictora en categorías del mismo tamaño y estimar los coeficientes de regresión de cada categoría. Si los coeficientes estimados para las categorías aumentan o disminuyen de forma aproximadamente lineal, se puede concluir que la relación entre el logit de  $Y$  y dicha variable es lineal. La segunda estrategia consiste en utilizar contrastes de tipo polinómico son más precisos y sirven para estudiar si la relación entre dos variables es lineal, cuadrática, cubica, etc. Cuando se hace el contraste se observa qué tendencia sale significativa, si la lineal u otra .

A parte de la linealidad puede surgir otro problema. Se trata de que aunque la relación entre logit de  $Y$  y las variables predictoras sea lineal, puede que se asuma que no hay interacción entre las variables y que finalmente resulte que si hay relación. Es decir si se asume que el cambio estimado en  $Y$  por cada unidad que aumente  $X_j$  es siempre igual independientemente del valor concreto que toman el resto de variables y después resulta que esto no es así , el modelo aditivo no serviría y habría que hacer un modelo con interacción entre variables predictoras.

## Supuesto 2: No colinealidad

La colinealidad perfecta ocurre cuando una variable predictora es función lineal perfecta de una o varias variables predictoras. Para que exista una solución única para las estimaciones de  $\hat{\beta}_j$  es indispensable que no exista colinealidad perfecta. No obstante, es muy raro que esto ocurra, lo que sí puede pasar es que haya cierto grado de colinealidad porque es poco probable que un conjunto de variables sean completamente independientes. Por lo que el problema no es si existe o no colinealidad sino en si el grado de colinealidad puede llegar a ser un problema porque si es muy elevado infla el tamaño de los errores típicos de los coeficientes. Esto implica dos cosas. La primera, que sea más difícil rechazar la hipótesis nula de que los coeficientes de regresión valen 0 en la población. Y, en segundo lugar, aumenta la inestabilidad de las estimaciones de los coeficientes, es decir un pequeño cambio en los datos, puede llegar a implicar grandes modificaciones en las estimaciones.

Resulta difícil solucionar un problema de colinealidad, pero por lo menos existen dos estadísticos que permiten detectarla. Por un lado, se puede utilizar el nivel de tolerancia. Este estadístico tiene la siguiente forma:  $T_j = 1 - R_j^2$  donde  $R_j^2$  es el coeficiente de determinación de la ecuación de regresión de  $X_j$  sobre el resto de variables predictoras. Si el nivel de tolerancia es próximo a 1 la variable  $X_j$  no está relacionada con el resto de variables. Si el nivel de tolerancia es próximo a 0 la variable  $X_j$  está muy relacionada con el resto de variables (es problemático cuando es menor de 0,10). Por otro lado, se pueden utilizar los Factores de Inflación de la Varianza (FIV<sub>j</sub>) son los valores inversos de los niveles de tolerancia ( $1/(1 - R_j^2)$ ). Muestran el aumento que sufre la varianza de cada coeficiente de regresión por la relación existente entre las variables predictoras. En el fondo dicen lo mismo que el nivel de tolerancia. Si los FIV<sub>j</sub> son mayores que 10 se considera que hay problemas en la estimación por un exceso de colinealidad.

## Supuesto 3: Independencia

En la regresión logística, al igual que en las demás se asume que las observaciones son independientes entre sí. Si el muestreo es aleatorio, los errores tendrán una pauta aleatoria y por tanto la independencia estará garantizada. Esta situación garantiza que los



errores no estén autocorrelacionados, es decir que no incrementan o disminuyen siguiendo una pauta. Hay una serie de situaciones en las que el supuesto de independencia se suele incumplir: en los estudios de series temporales, en datos recogidos secuencialmente, en datos recogidos en grupos homogéneos de sujetos pero diferentes entre sí. En estos casos, el error asociado a un caso tiende a ser parecido a los errores de casos contiguos, lo cual genera sobredispersión. Los errores son la parte de la variable criterio que el modelo de regresión no puede explicar. Se espera que los errores no estén relacionados con las variables predictoras incluidas en el modelo, porque si lo están es porque las variables no están aportando todo lo que deberían. Con los diagramas de dispersión se puede valorar la independencia entre errores y variables predictoras. Observando si la nube de puntos está aleatoriamente repartida, se puede concluir que se está cumpliendo el supuesto de independencia.

#### Supuesto 4: Dispersión proporcional a la media

En un análisis de regresión logística se considera que la varianza de cada patrón de variabilidad es proporcional a su media (cuando el número de patrones de variabilidad es igual al número de casos). Sin embargo, cuando a cada patrón de variabilidad le corresponde más de un caso<sup>55</sup>, la varianza de las observaciones no es proporcional a la media. Se trata de un caso de “sobredispersión” si la dispersión de las observaciones es mayor de la esperada y de un caso de “infradispersión” si la dispersión de las observaciones es menor de la esperada. Los principales motivos por los que puede haber sobredispersión son los siguientes. Porque no se ha incluido alguna variable predictora importante, porque no se cumple el supuesto de independencia, o porque se ha elegido para el componente aleatorio una distribución de la probabilidad poco adecuada para representar los datos. La existencia de sobredispersión hace que los errores típicos de las estimaciones sean más pequeños de lo que deberían. Y esto implica dos cosas: 1) altera la significación estadística de los valores estimados y 2) hace que los intervalos de confianza sean más estrechos de lo que deberían y generen por tanto una falsa precisión de las estimaciones.

---

<sup>55</sup> Ocurre con datos agrupados, variables predictoras categóricas o cualitativas con pocos datos.

Para medir el grado de dispersión se suele utilizar el parámetro de escala. Éste es un parámetro de dispersión que se estima dividiendo la desviación del modelo propuesto entre sus grados de libertad. Si vale 1 la dispersión observada y esperada son iguales, si es mayor que 1 hay sobredispersión<sup>56</sup> y si es menor que 1 hay infradispersión. La sobredispersión se puede corregir multiplicando cada error típico por la raíz cuadrada del valor estimado para el parámetro de escala. De esta manera los errores típicos son un poco más grandes, aumenta la amplitud de los intervalos de confianza y se reduce el riesgo de considerar significativos efectos que no lo son.

Seguidamente se explicarán los detalles relacionados con la existencia de casos atípicos o influyentes que pueden distorsionar los resultados del análisis.

#### 7.5.6.- Casos atípicos

##### Casos atípicos en la variable dependiente

En variables dicotómicas, un caso atípico en  $Y$  es cuando su valor (0 o 1) no coincide con lo que se puede esperar dados los valores que toman las variables  $X_j$ . Para detectar casos atípicos, primero se detectan casos mal pronosticados. Esto se hace revisando los residuos ( $\hat{E}_t$ ) que son las diferencias entre las probabilidades observadas y las probabilidades pronosticadas por el modelo (Pardo y Ruiz, 2012).

$$\hat{E}_t = P(Y) - \hat{\pi}_1$$

Para interpretar los residuos se les aplica una transformación dividiéndolos por su error típico. Y esto nos da los Residuos tipificados o Residuos de Pearson.

$$\hat{E}_{z_t} = \frac{\hat{E}_t}{\sqrt{\hat{\pi}_1(1 - \hat{\pi}_1)}}$$

Cuanto mayor es la muestra más se aproxima la distribución de los residuos a la normal tipificada. Cuando se trabaja con muestras grandes el 95% de los residuos tiene

---

<sup>56</sup> Resulta un problema si los valores son mayores que 2.

que estar entre -2 y 2 y el 99% entre el -2,5 y 2,5. Un caso mal pronosticado, lo cual puede ser señal de un caso atípico tiene los residuos tipificados mayores que 3 o menores que -3 (Pardo y Ruiz, 2012).

Otra forma de detectar casos atípicos es utilizando los residuos de desviación:

$$\hat{E}_{D_t} = \sqrt{-2 \log_e(\hat{\pi}_{real})}$$

Donde  $\hat{\pi}_{real}$  es la probabilidad estimada de que un caso pertenezca a la categoría de la variable a la que realmente pertenece. En muestras grandes, los residuos de desviación tienen una distribución que se aproxima a la distribución normal tipificada, lo que implica que se pueden interpretar de la misma forma que los residuos tipificados. Sin embargo, los residuos de la desviación son mejores porque su distribución se parece más a la normal y porque son más estables que los residuos tipificados cuando las probabilidades pronosticadas están próximas a 0 o a 1. Los residuos de la desviación también se representan en un diagrama de dispersión y para saber que no hay casos mal pronosticados la nube de puntos debe estar entre -2,5 y 2,5.

#### Casos atípicos en variables predictoras

En el caso de querer detectar casos atípicos en variables predictoras, se suele utilizar el estadístico Influencia. Este estadístico muestra en qué medida están alejados los casos respecto al centro de su distribución en el conjunto de variables. El valor de influencia crece cuanto más alejado se encuentra del centro de su distribución, y por tanto más atípico es  $X_j$ . Los valores de Influencia varían entre 0 y 2, los valores inferiores a 0,2 no son problemáticos, los valores entre 0,2 y 0,5 entrañan riesgos y valores superiores a 0,5 deben examinarse.

#### *7.5.7.- Casos influyentes*

Para valorar la influencia de un caso en la ecuación de regresión, se comparan los resultados que se obtienen cuando se incluyen todos los casos con los resultados obtenidos mientras se van eliminando casos. Un ejemplo de esta tarea sería, analizar los cambios que se producen en el ajuste global de modelo cuando se eliminan casos. Para cuantificar

ese cambio se utiliza la diferencia entre la desviación del modelo propuesto y la desviación del modelo en el que se elimina cada caso. Si la diferencia es muy grande significa que el caso contribuye al ajuste del modelo. Para estimar esa diferencia se utilizan los residuos estandarizados:

$$\hat{E}_{St} = \frac{\hat{E}_t}{\sqrt{\hat{\pi}_1(1-\hat{\pi}_1)(1-h_i)}} \quad (h_i \text{ son los valores de la influencia})$$

Si se elevan al cuadrado los residuos estandarizados se obtiene una buena estimación del cambio en la desviación que se quiere calcular. Las muestras grandes se distribuyen aproximadamente como una normal y la forma de saber si un caso es influyente es si los residuos estandarizados son mayores a 3 en valor absoluto.

También se podría evaluar la influencia de un caso en la ecuación de regresión cuantificando cómo afecta si se quita ese caso al tamaño de los coeficientes. Para evaluar de forma individual la influencia de un caso sobre cada coeficiente se utiliza la Diferencia entre los coeficientes de regresión. Y para evaluar de forma colectiva el cambio que experimentan todos los coeficientes de regresión de forma conjunta puede valorarse con la Distancia de Cook:

$$D_{Cook} = (\hat{E}_{Z_t}^2 x h_i) / (1 - h_i)$$

Cuando la Distancia de Cook es mayor que uno, puede que esos casos sean influyentes y habrían que ser revisados.

Una vez estudiados los supuestos del modelo *logit*, se concluye este apartado con las decisiones tomadas sobre la forma de proceder en el análisis de los datos de estudio. En el próximo apartado se muestra como en la presente tesis se ha realizado una regresión logística por pasos con la opción “hacia atrás”. Como ya se ha explicado, en este tipo de procedimiento se incluyen todas las variables que se cree pueden contribuir a explicar el fenómeno de estudio, para que después el programa por medio del procedimiento de selección por pasos encuentre el modelo capaz de ofrecer el mejor ajuste posible con el menor número de variables. Este método utiliza criterios estadísticos para la selección por pasos, por lo que solo selecciona las variables predictoras que son relevantes y que

influyen en el ajuste. El SPSS utiliza criterios estadísticos para excluir variables, concretamente se puede elegir entre tres estadísticos: la razón de verosimilitudes, el estadístico de Wald y el estadístico condicional. En esta tesis se ha utilizado la razón de verosimilitudes.

## Capítulo 8: Análisis Descriptivo

### 8.1.- Introducción

En el análisis descriptivo se estudian las características principales de los hogares con un dependiente comparándolos con los hogares que no tienen dependientes. Concretamente se ha analizado la composición de los hogares, el tipo principal de ingreso, el intervalo de ingreso mensual neto, la clase social a la que éstos pertenecen y las diferencias que existen con respecto a los aspectos mencionados según el sexo de la persona de referencia del hogar. Asimismo, se han estudiado las características de las personas dependientes y de las personas que son cuidadoras informales, atendiendo a su sexo, edad, nivel de estudios y actividad económica, entre otras características. Se han seleccionado sólo a los hogares con un dependiente porque constituyen el 94,4% de los hogares con dependientes.

Antes de profundizar en cada uno de estos temas conviene exponer las definiciones que utiliza el INE de algunos de los conceptos que se van a tratar a continuación.

- Hogar: Se define hogar como la persona (hogar unipersonal) o conjunto de personas (hogar pluripersonal), unidas o no por vínculos de parentesco, que ocupan en común una vivienda familiar principal o parte de ella, tienen un presupuesto común y consumen y/o comparten alimentos u otros gastos relevantes con cargo a dicho presupuesto.
- Miembros del hogar:
  - Residen habitualmente y piensan residir la mayor parte del año con el hogar en la vivienda encuestada.
  - Si una persona tiene o va a tener en los próximos 12 meses otro o más domicilios en los que va a residir habitualmente, se considera miembro del hogar en el que vaya a residir más tiempo.

- Residen habitualmente en otra vivienda, en un centro sanitario u en otro tipo de establecimiento colectivo y piensan regresar a la vivienda encuestada antes de un año, de manera que en los próximos 12 meses pase la mayor parte del tiempo con el hogar en la vivienda encuestada.
  - También se consideran miembros del hogar las personas empleadas en el hogar y los huéspedes siempre que residan habitualmente con el hogar y compartan un presupuesto común y consuman y/o compartan alimentos u otros gastos relevantes con cargo a dicho presupuesto con el resto de miembros del hogar.
  - Como caso especial, aquellas personas que residan en varios hogares, y en todos la misma cantidad de tiempo durante el año, se consideran miembros del hogar en el que están residiendo en el momento de la Encuesta.
  - Personas, sin otra dirección privada, que actualmente viven o tienen intención de residir en la vivienda la mayor parte del tiempo en los próximos 12 meses.
- **Residencia habitual:** Una persona se considera residente habitual si pasa la mayor parte de su vida diaria allí, evaluada sobre el año anterior a la entrevista.
  - **Persona de referencia:** miembro del hogar que más aporta regularmente (no de forma ocasional) al presupuesto del hogar, para sufragar los gastos comunes del mismo.
  - **Nivel de estudios:** Se refiere a los estudios reglados de más alto nivel completados por las personas de diez y más años que residen en el hogar, por lo que, en el caso de que una persona hubiese cursado estudios de un cierto nivel sin haber llegado a finalizarlos, se la considera incluida en el nivel anterior.
  - **Situación en relación con la actividad económica:** Se refiere a la situación en que se clasificaría cada persona según su relación a la actividad económica: activo (trabajando o desempleado) o inactivo (jubilado, estudiando, incapacitado para trabajar, otras situaciones).

- Clase Social: variable que realiza el INE basándose en la ocupación de la persona de referencia. Su clasificación proviene de los niveles socioeconómicos establecidos por la Sociedad Española de Epidemiología. La Clase Social I se corresponde con la más alta, la Clase Social VI con la más baja y las equivalencias entre clase social y ocupación son las siguientes:
  - Clase Social I - Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
  - Clase Social II - Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico.  
Deportistas y artistas
  - Clase Social III - Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
  - Clase Social IV - Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
  - Clase Social V - Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
  - Clase Social VI - Trabajadores/as no cualificados/as.
  
- Ingresos: Se investigan los ingresos percibidos por el hogar para su clasificación según el nivel y la fuente. Se consideran todos los ingresos percibidos por cada miembro del hogar excluyendo a huéspedes y las personas empleadas en el mismo aunque sean residentes en el hogar. Así mismo se consideran los ingresos que pueda percibir de forma conjunta el hogar.
  
- Trabajo reproductivo: Es el trabajo no remunerado, caracterizado por la ejecución de tareas relacionadas con el mantenimiento del bienestar y cuidado de la familia, realizado principalmente en el hogar.
  
- Personas dependientes: aquella/s persona/s que, por alguna limitación o discapacidad, no son capaces de cuidarse por sí mismas y necesitan que las cuide



otra persona, sin incluir entre ellas a los niños, a no ser que padezcan alguna discapacidad.

- Cuidador/a: persona que, principalmente, se ocupa de la persona dependiente del hogar.

**Tabla 8.1: Bases de datos utilizadas**

<b>Base de datos</b>	<b>Número de hogares/personas</b>
Muestra efectiva de hogares	20.935
Hogares sin dependientes (HSD)	19.514 (93,2% del total de hogares)
Hogares con dependientes	1.421 (6,8% del total de hogares)
Hogares con un dependiente (H1D)	1.341 (94,4% de los hogares con dependientes)
Hogares con un dependiente menor de 65 años (H1D65-)	454 (33,9% de los hogares con un dependiente)
Hogares con un dependiente de 65 años o mayor (H1D65+)	887 (66,1% de los hogares con un dependiente)
Cuidadores/as informales	716
Cuidadores/as informales de apoyo	171

## **8.2.- Caracterización de los hogares**

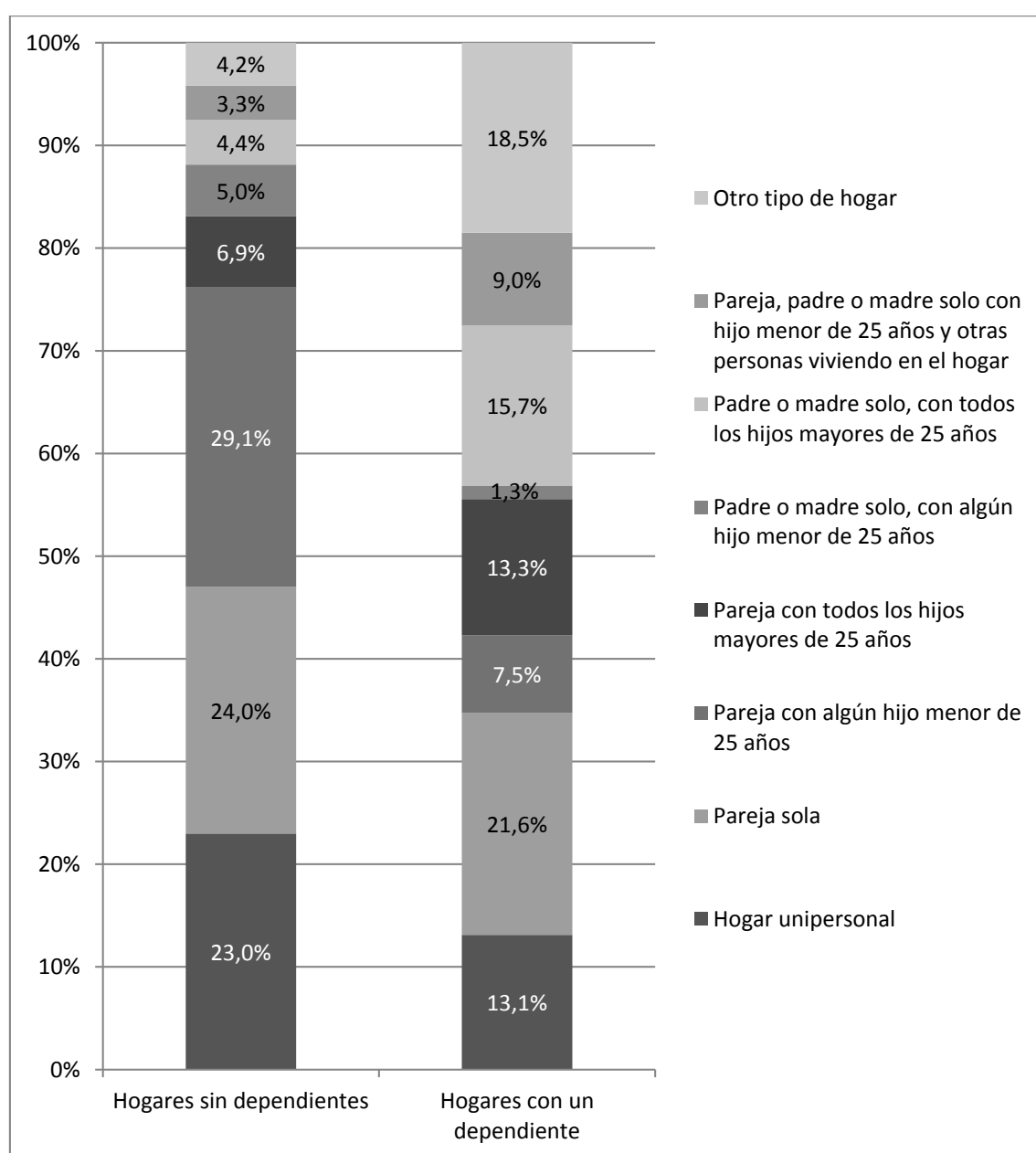
En este apartado se caracterizarán a los hogares. En primer lugar, se comparan los hogares sin dependientes con los hogares con un dependiente. Posteriormente se comparan los hogares con un dependiente menor de 65 años (33,9% de los hogares con un dependiente) con los hogares con un dependiente de 65 años o mayor (66,1% de los hogares con un dependiente).

En el gráfico 8.1 se observa que los hogares sin dependientes se concentran en tres tipos (76,1%). Estos hogares son: los formados por parejas con algún hijo menor de 25

años (29,0%), los formados por parejas solas (24,0%) y los unipersonales (23,0%). El 23,8% restante se divide en otros cinco grupos, destacando un poco más las parejas con todos los hijos mayores de 25 años (6,9%).

Entre los hogares con un dependiente no destaca un tipo de hogar sobre otro. Sin embargo, hay tres categorías que constituyen un poco más de la mitad de la muestra (55,8%): las parejas solas (21,6%), los “otro tipo de hogares” (18,5%) y los hogares formados por padres o madres solos con hijos mayores de 25 años (15,7%).

**Gráfico 8.1: Composición de los hogares sin dependientes vs con un dependiente**

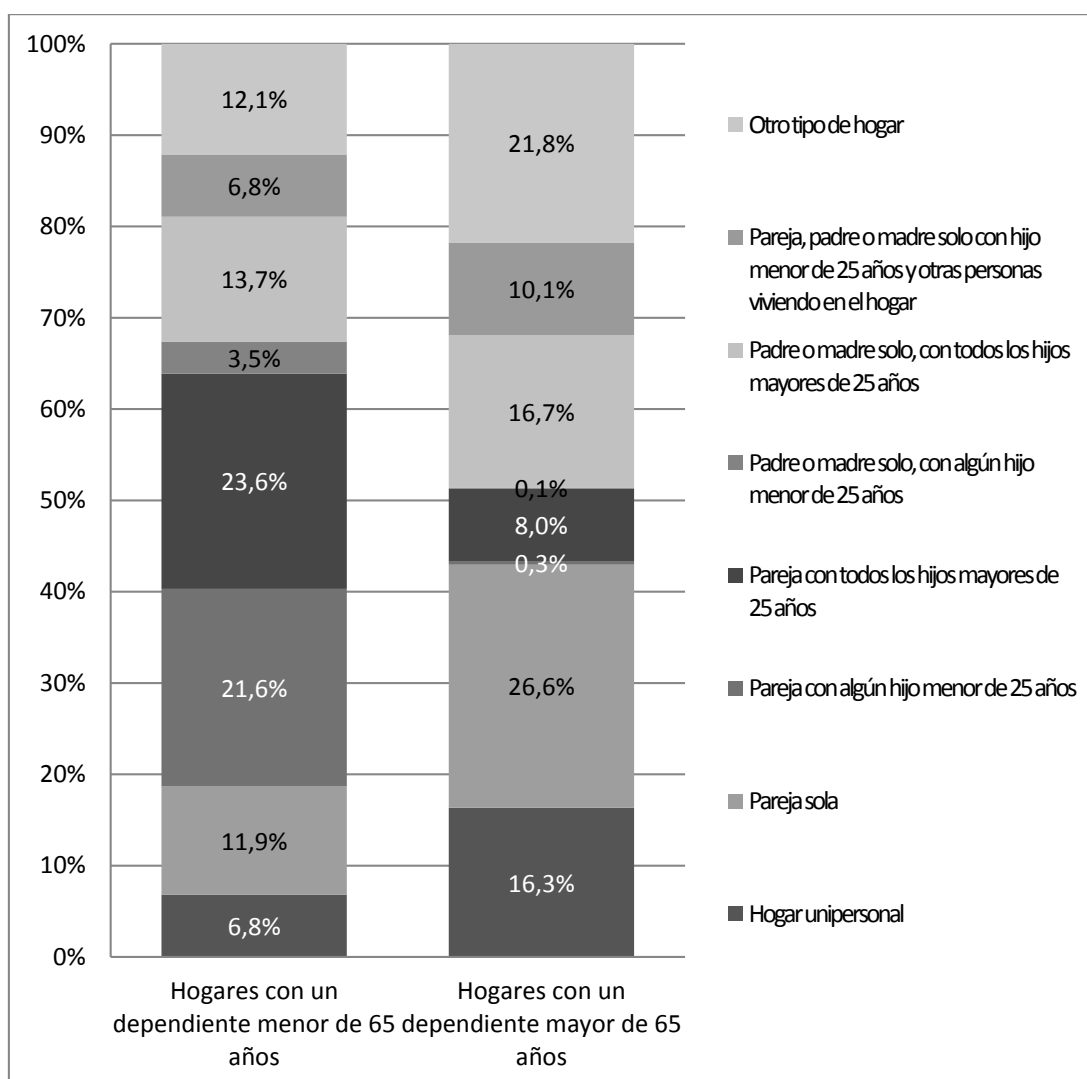


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 19.514 HSD y 1.341 H1D)

En el Gráfico 8.2 se observan las diferencias que existen en la composición de los hogares según la edad del dependiente. En los hogares donde hay un dependiente menor de 65 años las composiciones mayoritarias son: parejas con todos los hijos mayores de 25 de años (23,6%), parejas con algún hijo menor de 25 años (21,6%) y padre o madre solo con todos los hijos mayores de 25 años (13,7%). En definitiva, en este grupo destacan los hogares con hijos/as.

Por otro lado, los hogares con un dependiente de 65 años o mayor tienen una composición diferente. En este caso, poseen una mayor proporción: las parejas solas (26,6%), otro tipo de hogares (21,8%) y, al igual que en el grupo anterior, padre o madre solos con todos los hijos mayores de 25 años (16,7%). Otras diferencias de interés son que los hogares unipersonales se incrementan en 10 puntos porcentuales, las parejas solas en 14,7 puntos porcentuales y otro tipo de hogar en 9,7 puntos porcentuales. Además, destaca la llamativa reducción de los hogares formados por parejas con algún hijo menor de 25 años, una disminución de 21,3 puntos porcentuales.

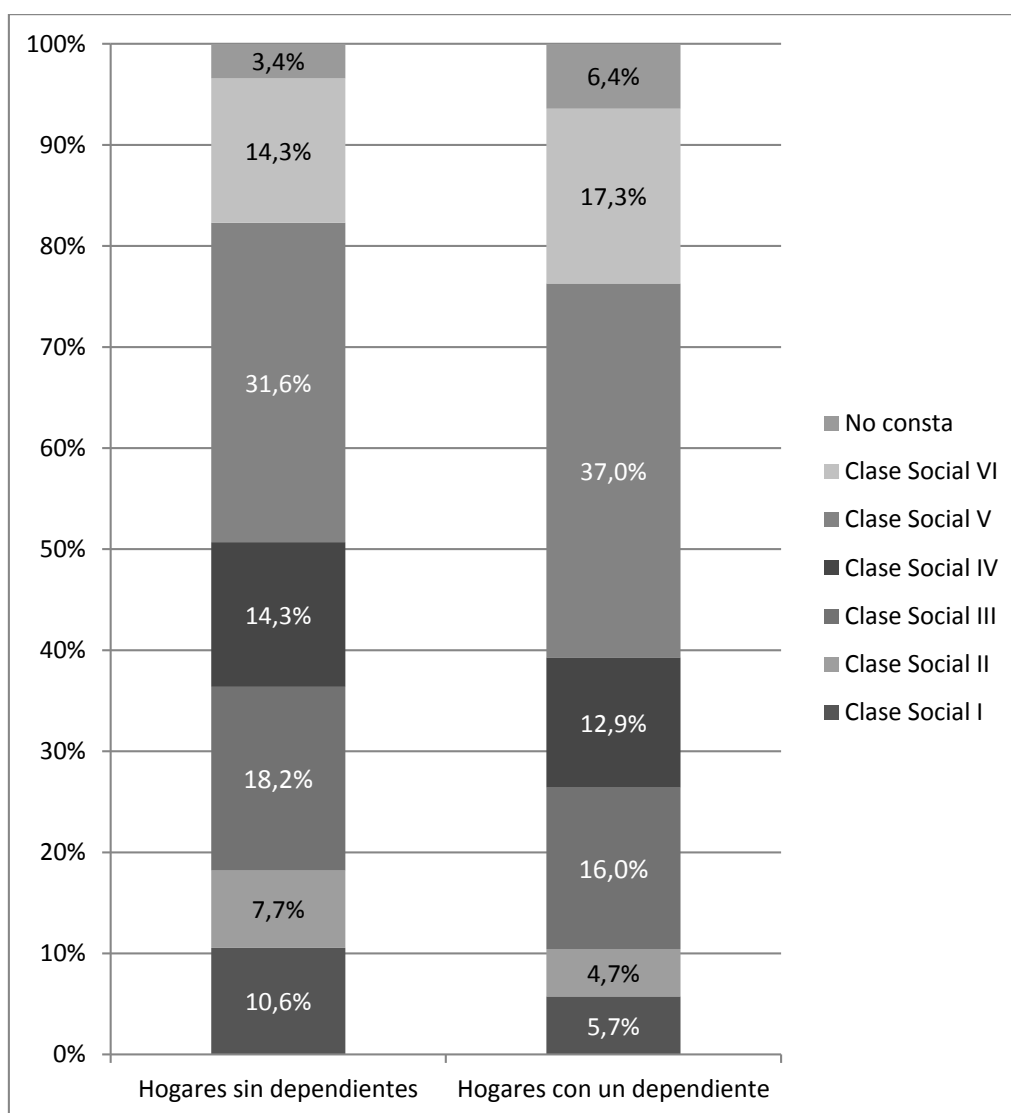
**Gráfico 8.2: Composición de los hogares según la edad del dependiente**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 454 H1D65- y 887 H1D65+)

En el Gráfico 8.3 se muestran los hogares según su clase social. En primer lugar destaca la preponderancia, de las clases sociales bajas. En los hogares sin dependientes la clase social mayoritaria es la quinta (31,6%), una de las más bajas. Concretamente, las tres clases sociales más bajas representan el 60,2% de los hogares sin dependientes. En los hogares donde hay un dependiente la situación empeora; se reduce la proporción de las dos clases sociales más altas en 7,9 puntos porcentuales. Además, en este grupo el 67,2% de la muestra está concentrada en las tres clases sociales más bajas.

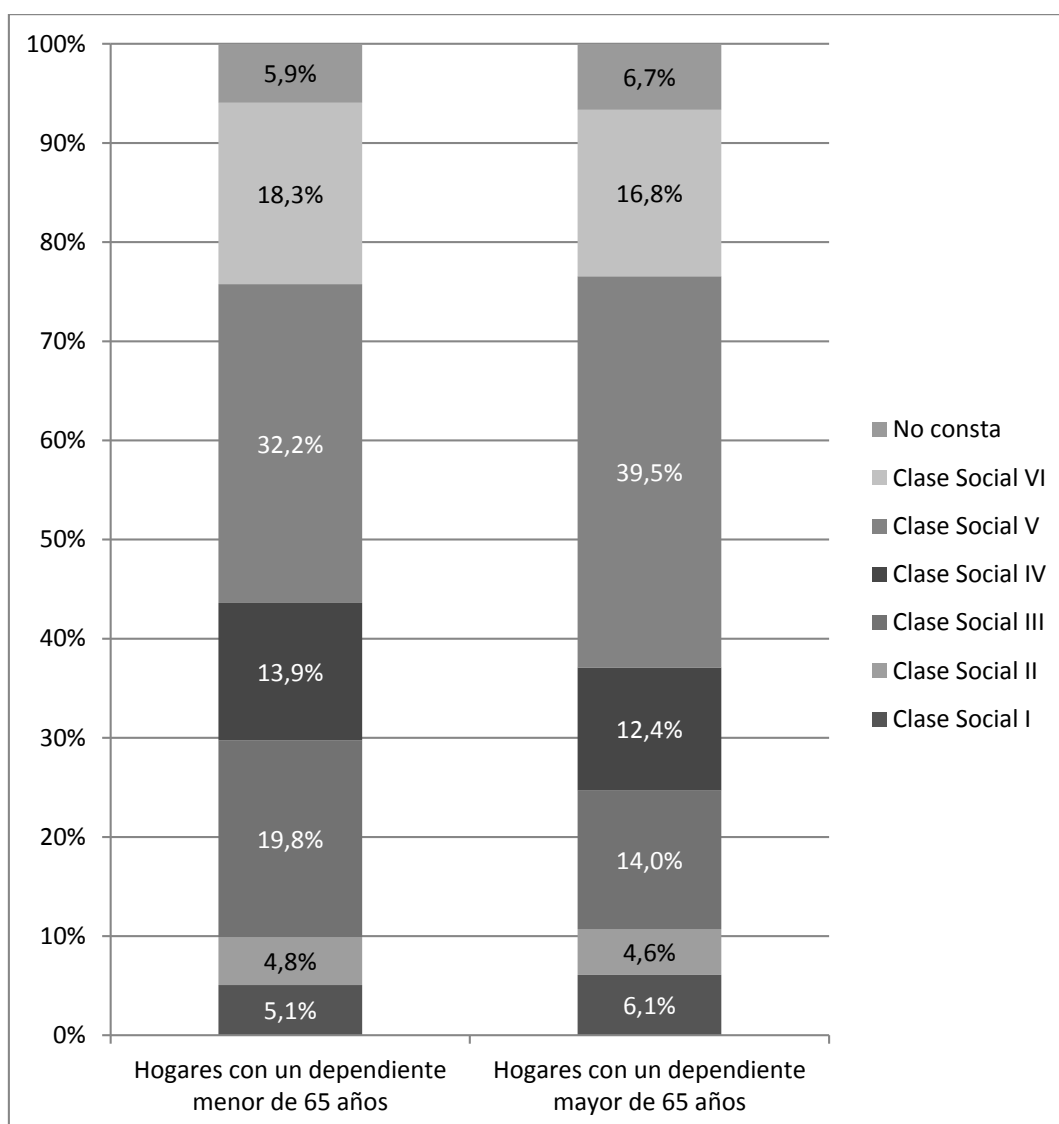
**Gráfico 8.3: Clase social de los hogares sin dependientes vs con un dependiente**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 19.514 hogares sin dependientes y 1.341 hogares con dependientes)

A continuación, se analizan las diferencias según la edad del dependiente. En el gráfico 8.4 se observa que los hogares con dependientes de 65 años o mayores tienen una peor situación en cuanto a Clase Social que los hogares en los que el dependiente es menor de 65 años. Específicamente, se reduce la Clase Social III en 5,8 puntos porcentuales y se incrementa la Clase Social V en 7,3 puntos porcentuales. Asimismo, en los hogares donde la persona dependiente tiene 65 años o más la principal fuente de ingresos está proviniendo de trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as (39,5%).

**Gráfico 8.4: Clase social de los hogares según la edad del dependiente**

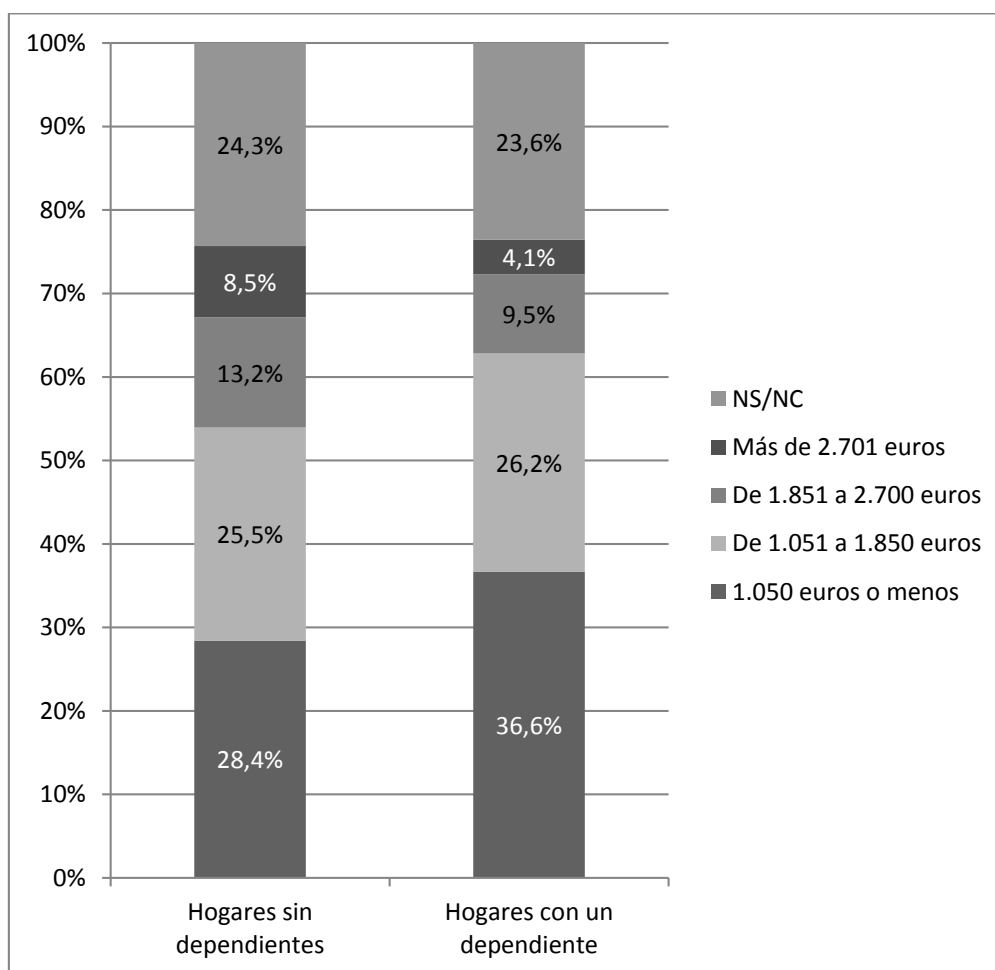


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 454 H1D65- y 887 H1D65+)

En los gráficos 8.5 y 8.6 se aprecia que en todos los grupos de estudio el ingreso mensual neto con mayor proporción es el de 1.050 euros o menos<sup>57</sup>. La diferencia más importante entre los hogares sin dependientes y los hogares con un dependiente, que se observa en el gráfico 8.5, es que en éstos últimos el grupo que ingresa 1050 euros o menos al mes es un 8,2% superior. Por lo que los hogares con un dependiente cuentan con menos ingresos.

<sup>57</sup> Algo esperado dada la estructura por clases sociales expuesta en el Gráfico 2

**Gráfico 8.5: Intervalo de ingreso mensual neto de los hogares sin dependientes vs con un dependiente**



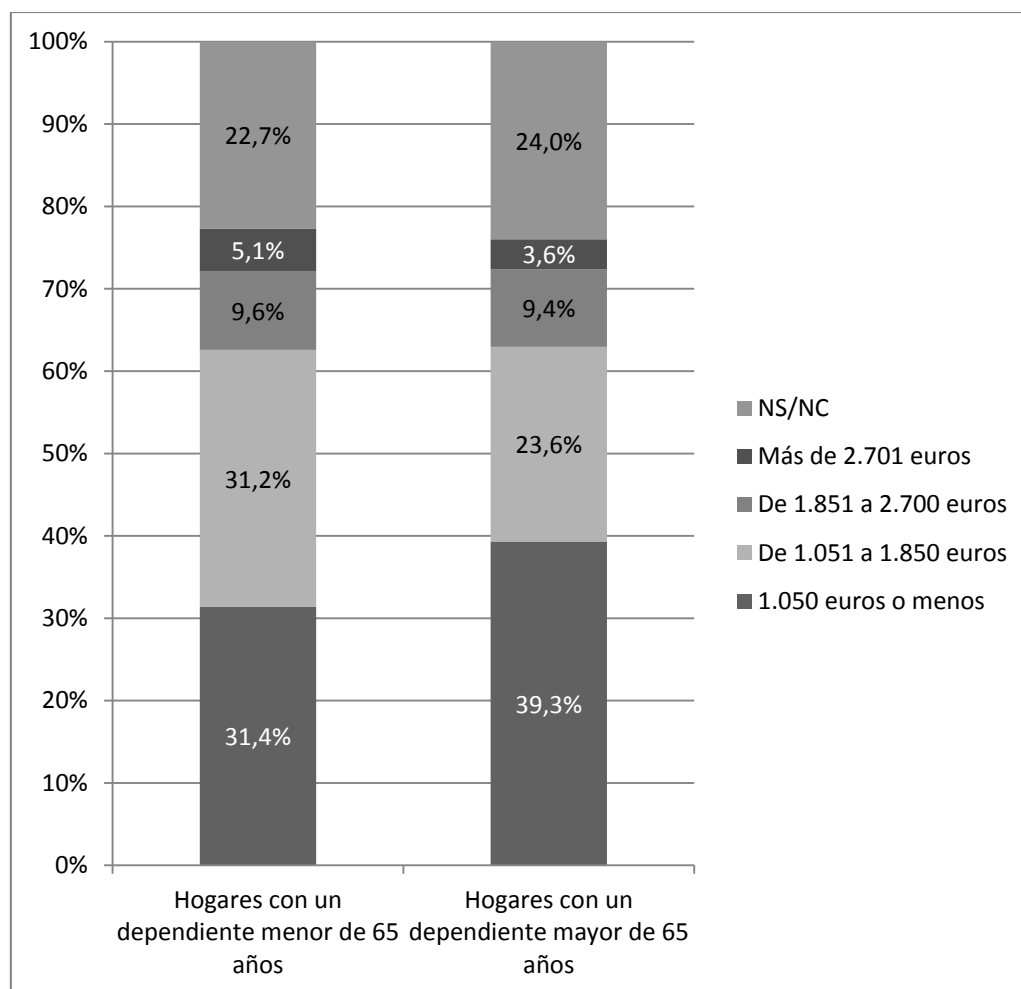
Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 19.514 HSD y 1.341 H1D)

Con respecto a la edad del dependiente, en el Gráfico 8.6 se observa que el porcentaje de hogares con ingresos inferiores o iguales a 1.050 euros es mayor entre los que tienen 65 años o más (39,3%) que entre los menores de 65 años (31,4%). Estos datos pueden explicar la alta presencia de cuidados informales; no es posible que un hogar pueda financiar servicios de cuidados formales con unos ingresos mensuales netos iguales o inferiores a 1.050 euros. Precisamente, esa es la situación del 39,3% de los hogares con un dependiente de 65 años o mayor.

Por otro lado, cabe destacar el alto porcentaje de no sabe/no contesta que presenta esta variable. Esto puede tener diversas causas, las más habitual es que las personas por lo general son reacias a compartir este tipo de información. El propio INE en la

metodología de la encuesta señala esta situación como una cuestión a mejorar en las próximas ediciones de la misma.

**Gráfico 8.6: Intervalo de ingreso mensual neto de los hogares según la edad del dependiente.**



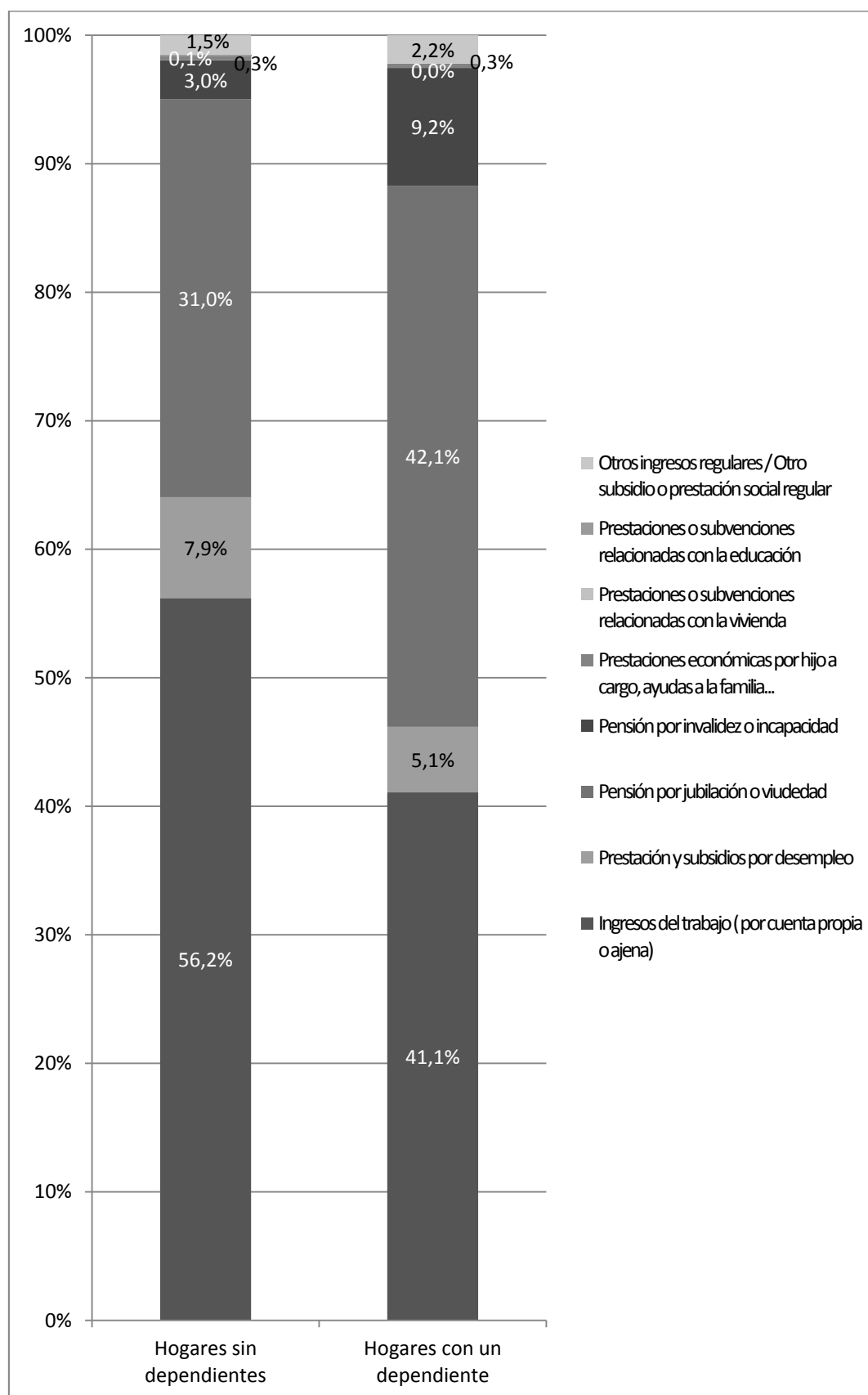
Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 454 H1D65- y 887 H1D65+)

En referencia al principal tipo de ingreso, en el gráfico 8.7 se observa que hay dos tipos de ingresos mayoritarios: los ingresos del trabajo y las pensiones por jubilación o viudedad. Estas dos categorías, representan el 87,2% de los casos en el hogares sin dependientes y el 83,2% de los hogares con un dependiente. En los hogares sin dependientes, los principales tipos de ingresos son: los ingresos del trabajo (56,2%), las pensiones por jubilación o viudedad (31%) y las prestaciones y subsidios por desempleo (7,9%). En los hogares con un dependiente los principales tipos de ingresos son: los ingresos por jubilación o viudedad (42,1%), los ingresos del trabajo (41,1%) y las pensiones por invalidez o incapacidad (9,2%).



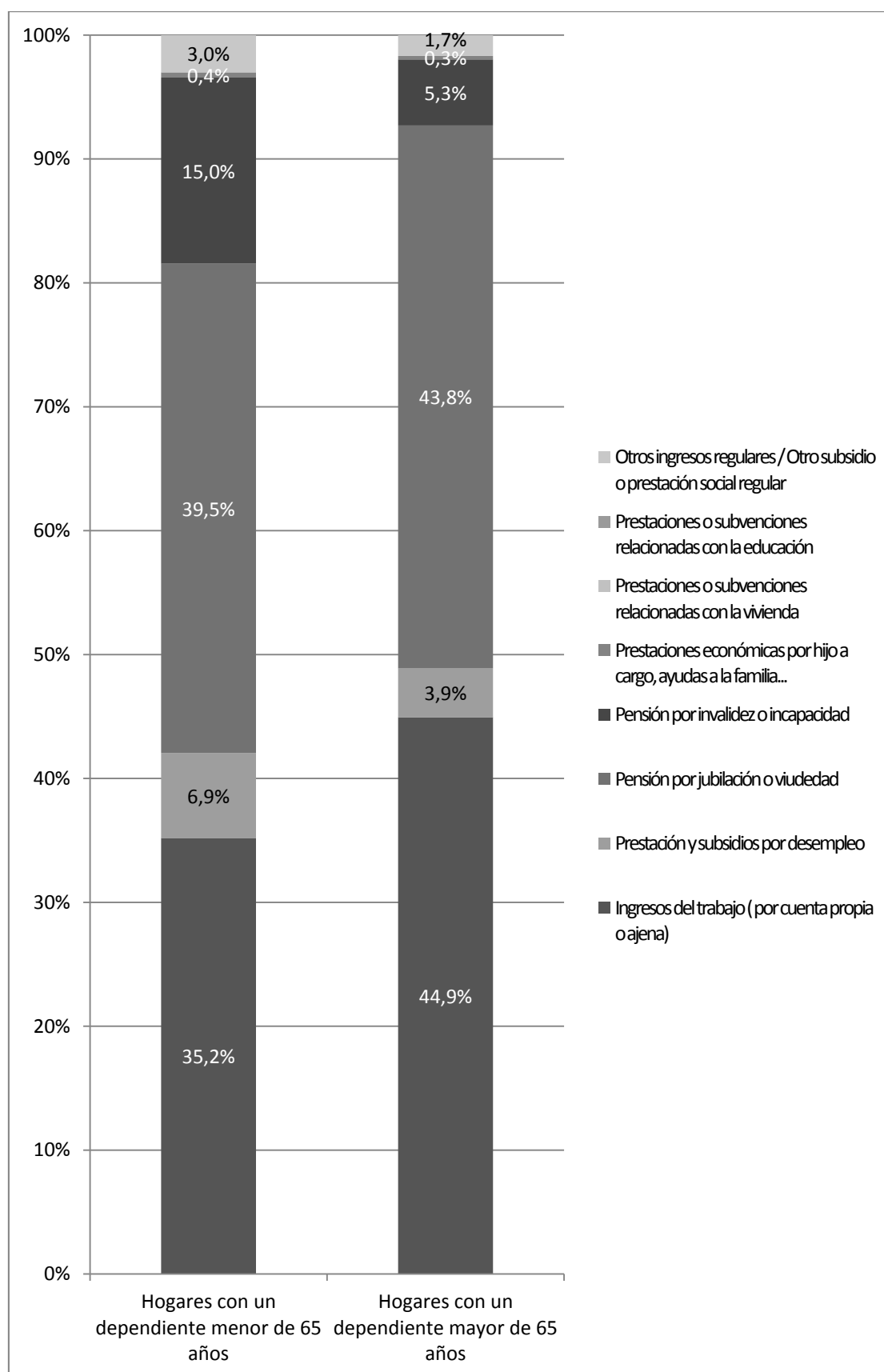
En el gráfico 8.8, se muestra el principal tipo de ingreso según la edad del dependiente. Los hogares con dependientes menores de 65 años tienen como principales tipos de ingresos: las pensiones por jubilación o viudedad (39,5%), los ingresos del trabajo (35,2%) y las pensiones por invalidez o incapacidad (15%). En el caso de los hogares con un dependiente de 65 años o mayor, primero están los ingresos por el trabajo (44,9%), las pensiones por jubilación o viudedad (43,8%) y las pensiones por invalidez o incapacidad (5,3%). Se aprecia como los hogares con pensión por invalidez o incapacidad tienen una mayor representación en los hogares con un dependiente menor de 65 años (un 10% más que en el otro grupo). Se puede entender que esto es porque los dependientes de 65 años o más lo son más por vejez que por una discapacidad concreta debida a accidentes, enfermedad o de nacimiento.

**Gráfico 8.7: Principal tipo de ingreso de los hogares sin dependientes vs con un dependiente**



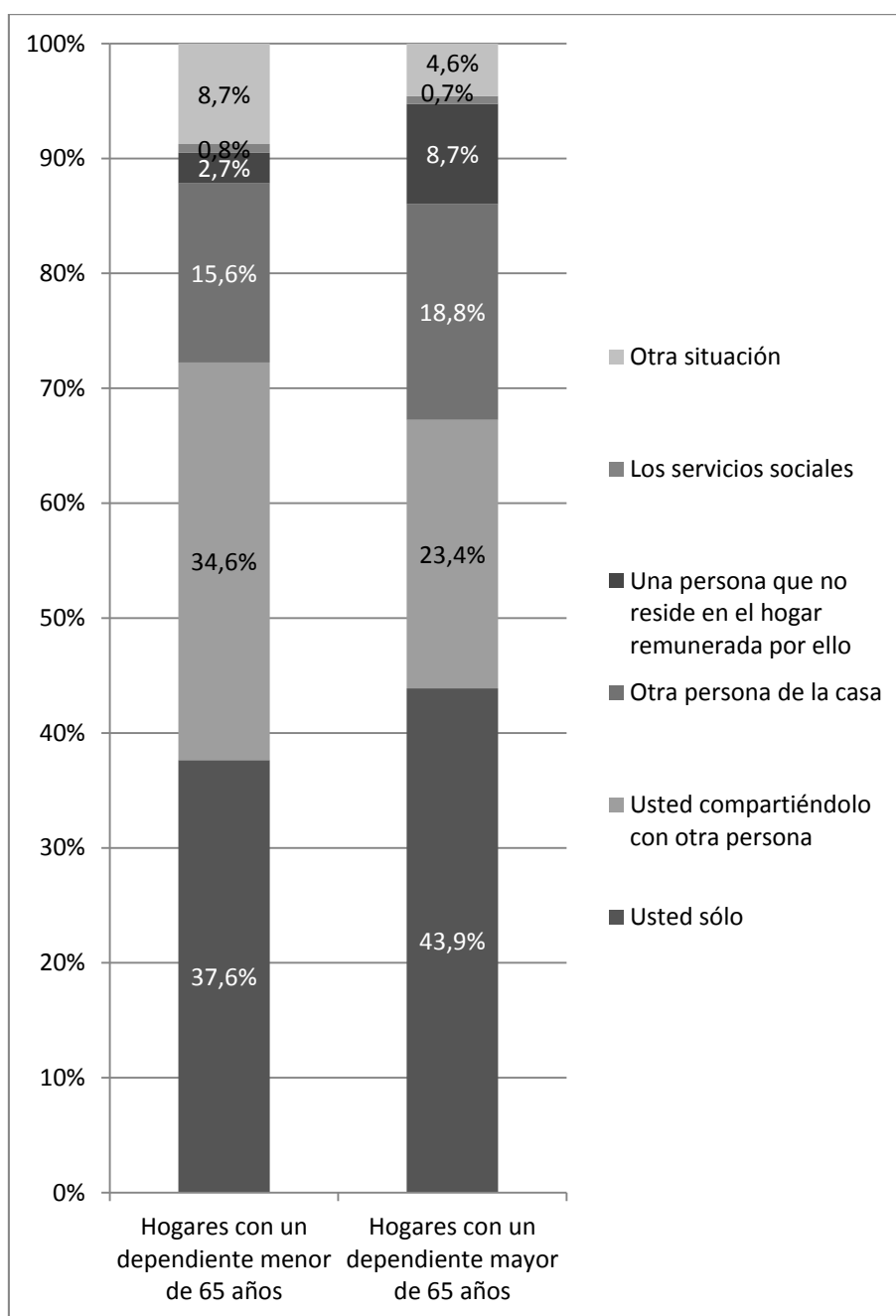
Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 19.514 HSD y 1.341 H1D)

**Gráfico 8.8: Principal tipo de ingreso de los hogares según la edad del dependiente**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 454 H1D65- y 887 H1D65+)

**Gráfico 8.9: Tipo de cuidados de los hogares según la edad del dependiente**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 454 H1D65- y 887 H1D65+)

En el gráfico 8.9 se expone el tipo de cuidados que reciben los dependientes. Las seis categorías expuestas son la contestación a la pregunta: “¿Quién se ocupa de su cuidado (del dependiente) principalmente?” El entrevistador/a le hace esta pregunta al AS y, por lo tanto, las respuestas: “usted solo”, “usted compartiéndolo con otra persona” y “otra persona de la casa” se corresponden con cuidado informal.

Se observa que en los dos casos, aproximadamente el 90% de los hogares recurren al cuidado informal para atender a sus familiares dependientes. Concretamente, los hogares con un dependiente menor de 65 años muestran un 87,8% de cuidado informal y un 3,5% de cuidado formal. En el caso de los dependientes de 65 años o más, el cuidado informal es del 86,1% y el cuidado formal es del 9,4%<sup>58</sup>. Otra cuestión a destacar es que los hogares con un dependiente menor de 65 años, tienen una proporción mayor de cuidadores que disfrutan del apoyo de otra persona del hogar, concretamente son el 34,6%, sin embargo este porcentaje para el caso de los hogares con dependientes de 65 años o más es del 23,4%. Llama la atención el papel tan bajo que representan los servicios sociales, no significan ni el 1% en cualquiera de los casos.

El aspecto más destacado que se puede sacar del análisis descriptivo de los hogares es que los hogares con dependientes tienen una peor condición socioeconómica que los hogares sin dependientes. Asimismo, cuando el dependiente tiene 65 años o más la condición socioeconómica del hogar también es más baja que si el dependiente es menor de esa edad. Este escenario motiva la realización del presente trabajo, resulta ineludible poner de relieve la necesidad de cobertura pública de cuidados para este grupo social que además de sufrir las dificultades relacionadas con la dependencia, cuentan con unas condiciones económicas precarias.

### **8.3.- Caracterización de los hogares según el sexo de la persona de referencia**

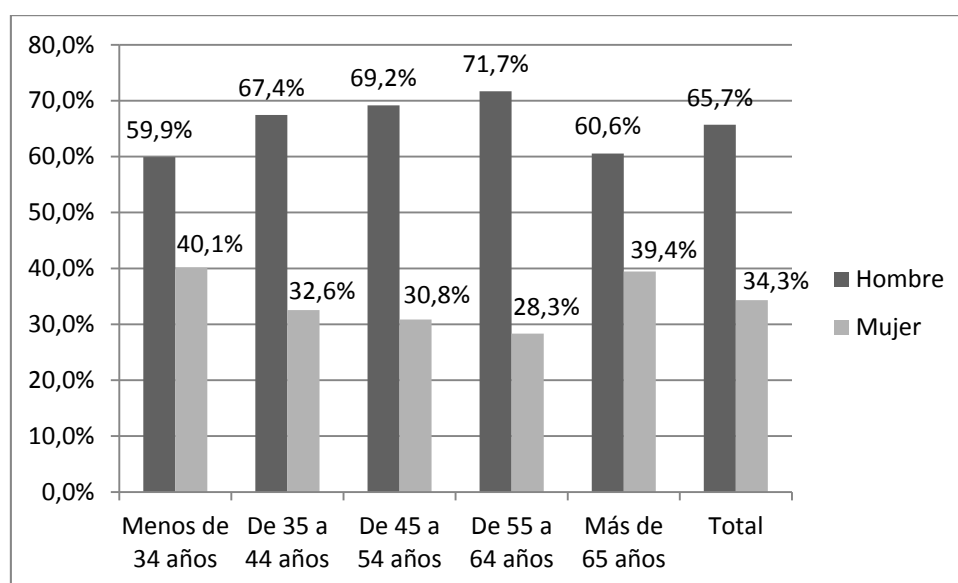
En este apartado se muestran las diferencias encontradas entre los hogares según que la persona que más aporta al presupuesto del hogar sea un hombre o sea una mujer. Igualmente, se describen a dichas personas atendiendo a su edad, nivel de estudios y actividad económica. Se profundiza en esta cuestión porque son variables que se van a introducir en el análisis econométrico, como características de los hogares en los que viven personas dependientes, con el objetivo de comprobar si influye o no en el tipo de cuidado que recibe la persona dependiente.

---

<sup>58</sup> Se deduce que las necesidades de las personas mayores dependientes cada vez requieren de una mayor especialización médica, etc. y por tanto se incrementa el porcentaje de cuidado formal.

Observando el gráfico 8.10 y atendiendo al valor total, se aprecia que en el 65,7% de los casos la persona de referencia (PR en adelante) es un hombre. Además, para todos los grupos de edad hay una mayoría de hombres como PR, llegando a representar el 71,7% de las PR en el grupo de 55 a 64 años. En los menores de 34 años y mayores de 65 años, la diferencia es un poco menor, aunque en ambos casos la proporción de hombres es de unos 20 puntos porcentuales superior a la de las mujeres.

**Gráfico 8.10: Personas de referencia de los hogares (la que más aporta de manera regular al presupuesto del hogar) por sexo y edad.**

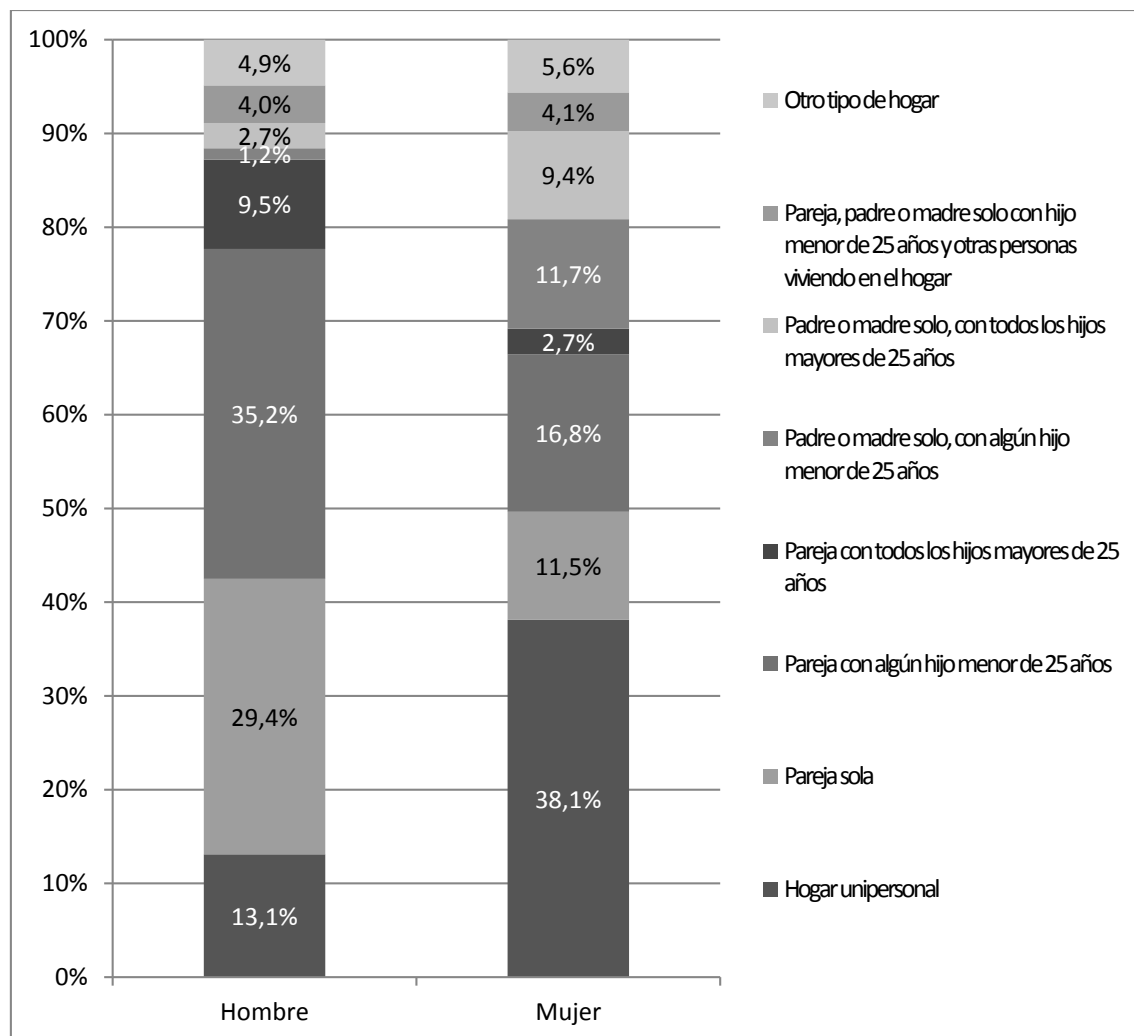


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 H1D)

En el gráfico 8.11 se observa que los hogares donde la PR es un hombre son muy diferentes a los hogares donde la PR es una mujer. Concretamente, llama la atención que en más de la mitad de los hogares donde las mujeres son PR (59,2%) son o bien, hogares unipersonales (38,1%) o son hogares formados por una madre sola con hijos menores de 25 años o con hijos mayores de 25 años (21,1%). Por lo que se deduce que en los hogares en lo que hay una pareja, con o sin hijos es mucho más probable que la PR sea un hombre. Esto quiere decir que en bastantes ocasiones las mujeres no son PR porque aporten más dinero al hogar sino porque no hay un hombre en el hogar; en caso de que lo hubiera,

probablemente aportaría proporcionalmente más al presupuesto del hogar<sup>59</sup>. Por otro lado, en los hogares donde los hombres son PR, destacan dos tipos: las parejas con algún hijo/a menor de 25 años (35,2%) y las parejas solas (29,4%).

**Gráfico 8.11: Composición del hogar según la persona de referencia**



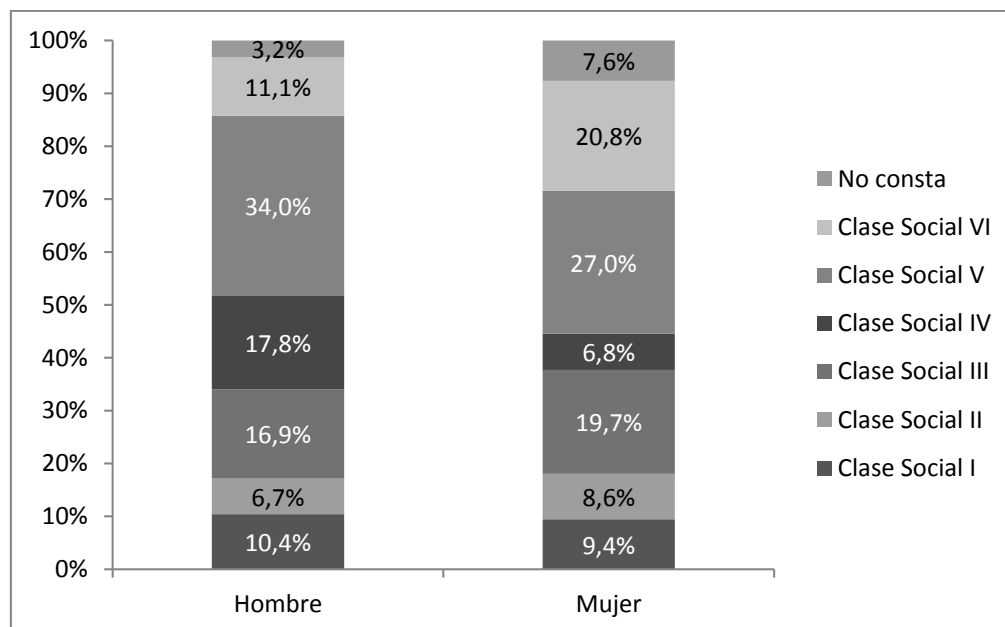
Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 H1D)

Con respecto a la clase social, el gráfico 8.12 muestra que el 47,8% de los hogares con mujeres como PR pertenecen a las dos clases sociales más bajas. Para esos mismos niveles de ingresos los hogares con PR hombres suponen el 44,1%. La diferencia más llamativa es que los hogares con PR hombre están más concentrados en la penúltima clase

<sup>59</sup> Esto es debido a las peores condiciones de las mujeres en el mercado laboral: techo de cristal, discriminación salarial, trabajo a tiempo parcial, temporalidad, etc. (Cebrián y Moreno, 2008; Ruesga, Martín, Pérez y Viñas, 2014).

social y los hogares con PR mujeres están repartidos entre las dos clases sociales más bajas.

**Gráfico 8.12: Clase social del hogar según sexo de la persona de referencia**



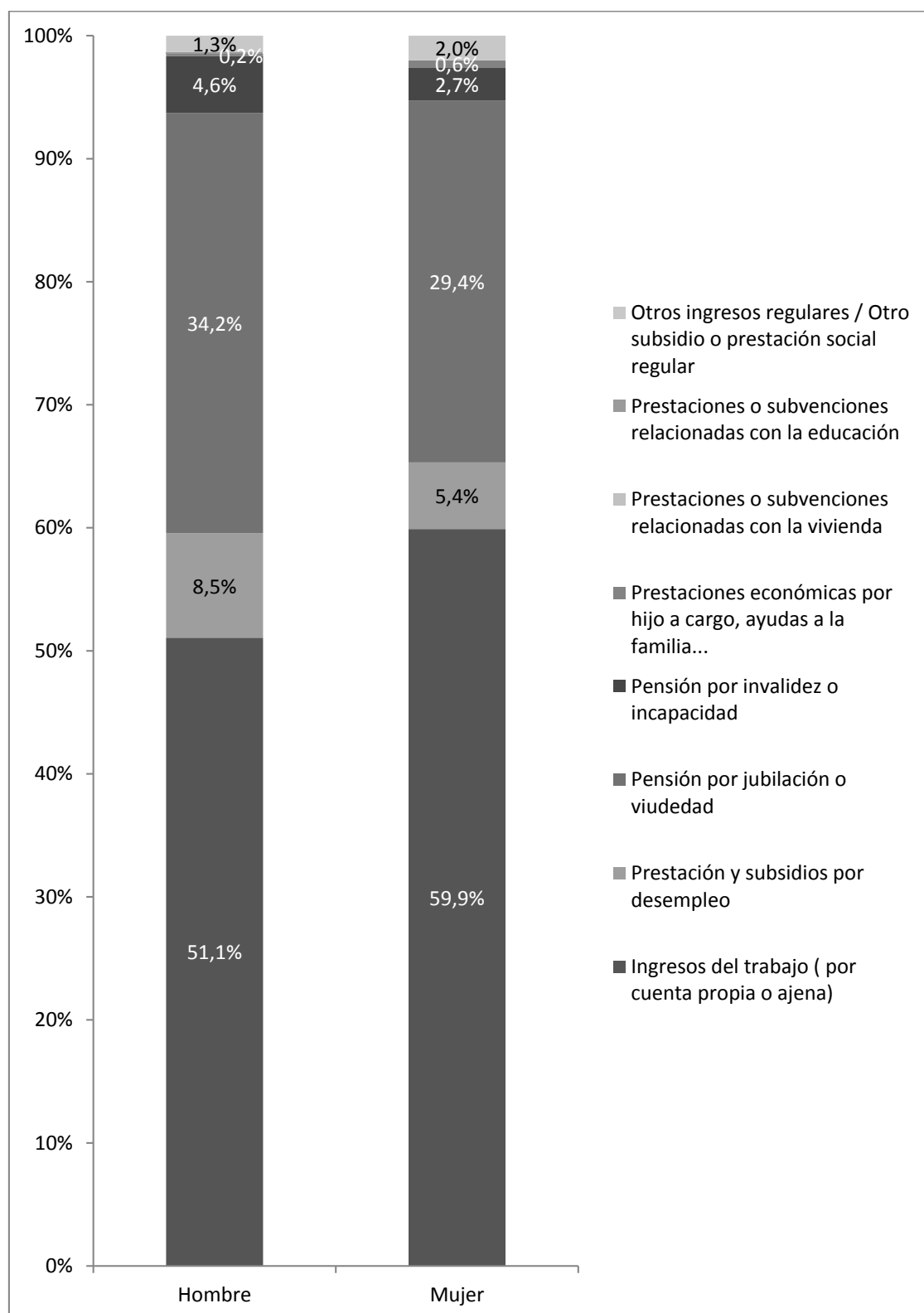
Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 H1D)

En relación con el principal tipo de ingreso, en el gráfico 8.13 se observa que en los dos casos destacan los ingresos por el trabajo y las pensiones por jubilación o viudedad. Sin embargo en los hogares con PR mujer el porcentaje de ingresos por pensión por jubilación o viudedad es menor que en el caso de los hogares con PR hombre, por tanto, los ingresos de las mujeres están más concentrados en el tipo de ingresos por trabajo (59,9%).

En el gráfico 8.14 se observan importantes diferencias por sexos en cuanto al intervalo de ingreso mensual neto. El porcentaje de hogares con ingresos iguales o inferiores a 1.050 euros es mayor en los hogares con PR mujer (39,5) que en los hogares con PR hombre (23,3%). Asimismo el 60,6% de los hogares con PR mujer ingresan menos de 1.850 euros al mes, mientras que esa misma categoría para los hogares con PR hombre representa el 51,2%.

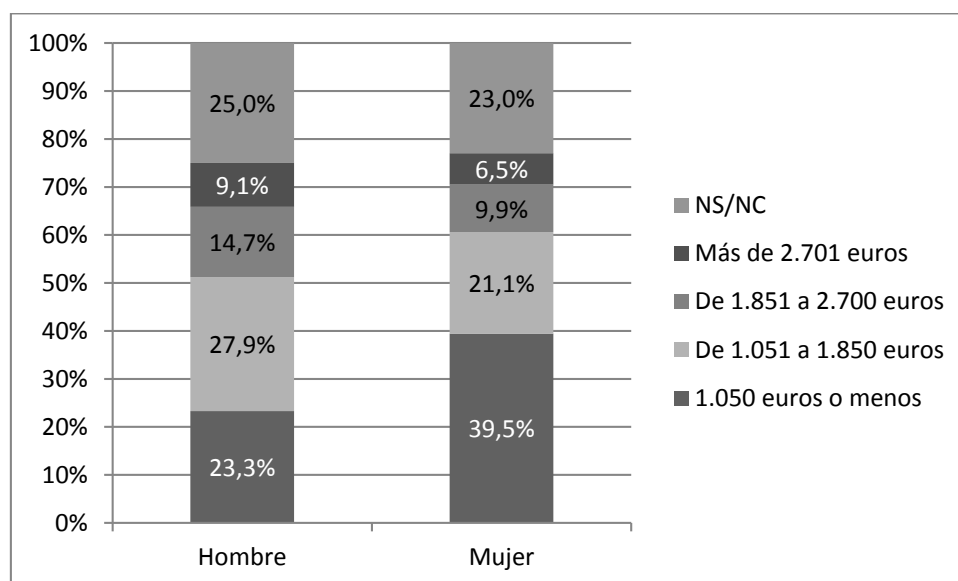


**Gráfico 8.13: Principal tipo de ingreso del hogar según sexo de la persona de referencia**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 H1D)

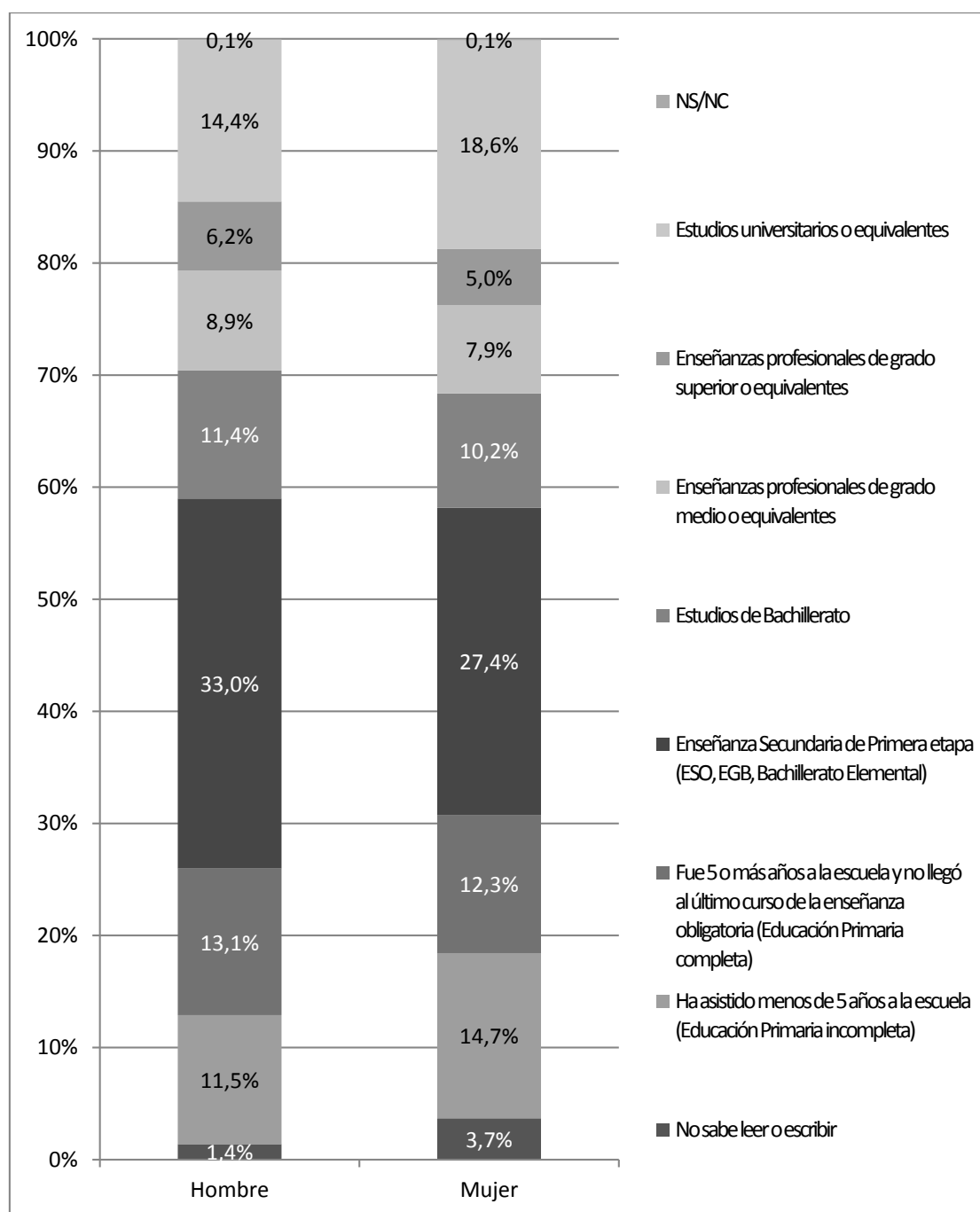
**Gráfico 8.14: Intervalo de ingreso mensual neto del hogar según sexo de la persona de referencia**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 H1D)

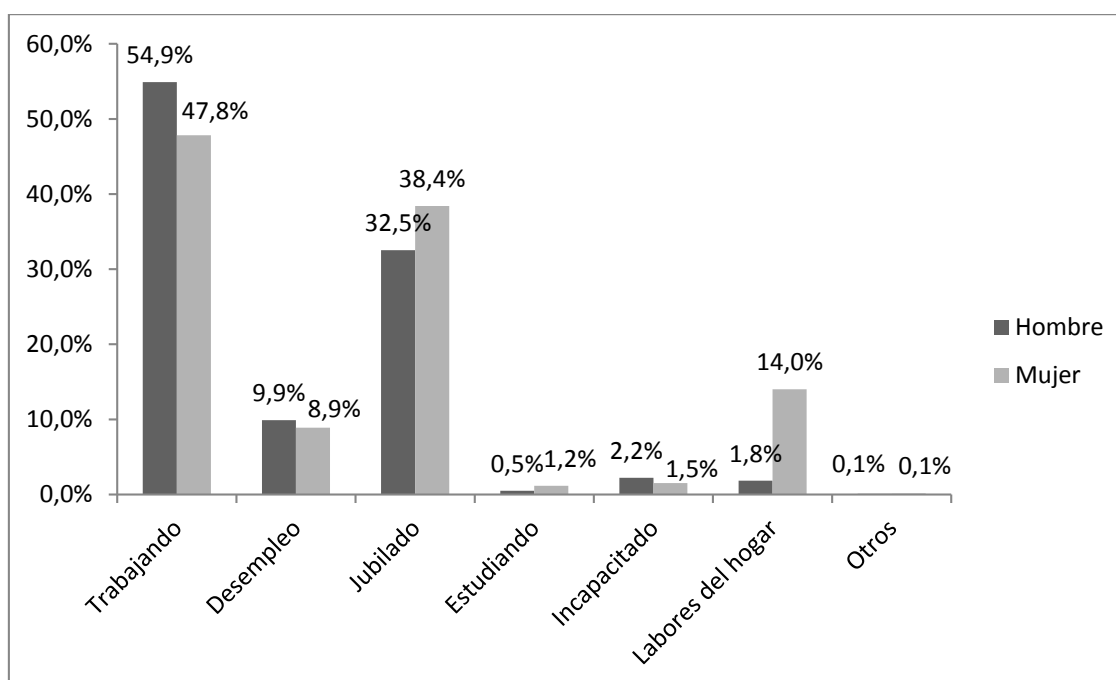
En relación con el nivel de estudios que se muestra en el gráfico 8.15, la estructura por sexos es similar, destacando las mujeres con un 4% más en estudios universitario o equivalentes, los hombres con un 6% más en enseñanza secundaria de primera etapa y el hecho de que las mujeres duplican a los hombres en el grupo de no sabe leer o escribir.

**Gráfico 8.15: Nivel de estudios de la persona de referencia por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 H1D)

**Gráfico 8.16: Actividad económica de la persona de referencia por sexos\***



\*Opción de respuesta múltiple

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 H1D)

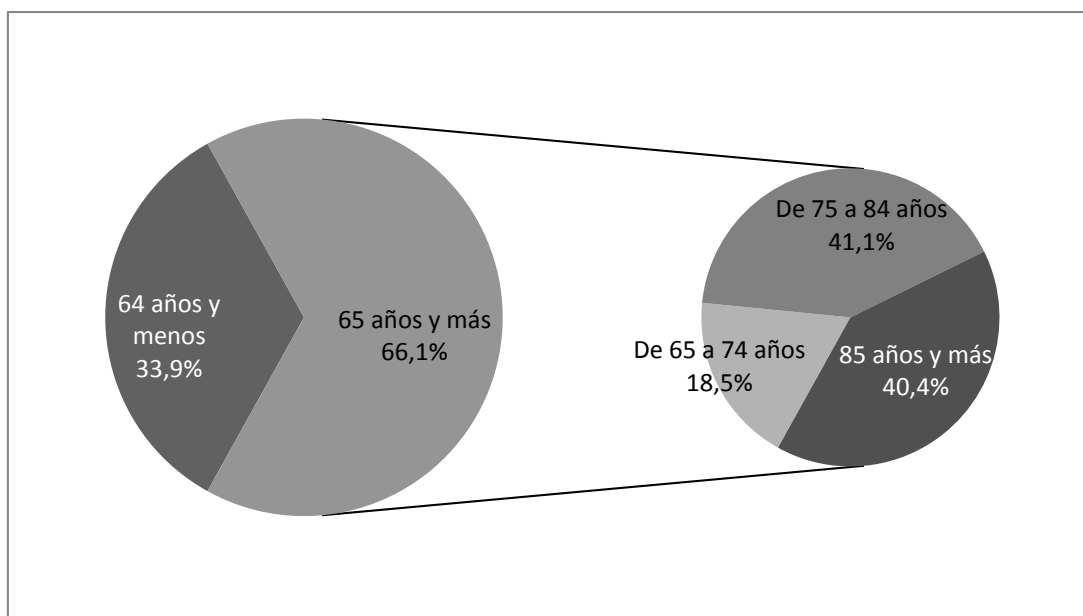
En el gráfico 8.16 vemos que tanto los hombres como las mujeres se concentran en las actividades denominadas: “trabajando” aunque los hombres tienen un porcentaje mayor que las mujeres; “jubilado” donde son las mujeres las que tienen un porcentaje mayor; y “desempleo” situación en la que los hombres están un poco por encima. Además la categoría “labores del hogar” tiene una gran representación femenina (14%) y muy pocos hombres (1,8%).

El resultado de la descripción efectuada conduce a señalar como aspectos más interesantes los siguientes. Hay muchos más hombres que mujeres como persona de referencia del hogar. En los hogares donde una mujer es PR, mayoritariamente o están solas o son madres solas con hijos/as. El ingreso mensual neto de las mujeres que son PR es, en promedio, inferior al de los hombres que son PR. Existe una proporción mayor de mujeres que de hombres con estudios universitarios, pero duplican la tasa masculina de analfabetismo. Y por último con respecto a la actividad económica destacan las situaciones “trabajando”, “jubilado” y “desempleo” en ambos sexos, así como “labores del hogar” en las mujeres. Pero el porcentaje de hombres trabajando y en desempleo es mayor que el de las mujeres.

## 8.4.- Caracterización de las personas dependientes

Las principales características de las personas dependientes se describen atendiendo a su edad, sexo, nivel de estudios y actividad económica. También se analiza cuál es la composición de estos hogares, el principal tipo de ingreso y el tipo de cuidado, según el sexo y la edad del dependiente.

**Gráfico 8.17: Edad de los dependientes**



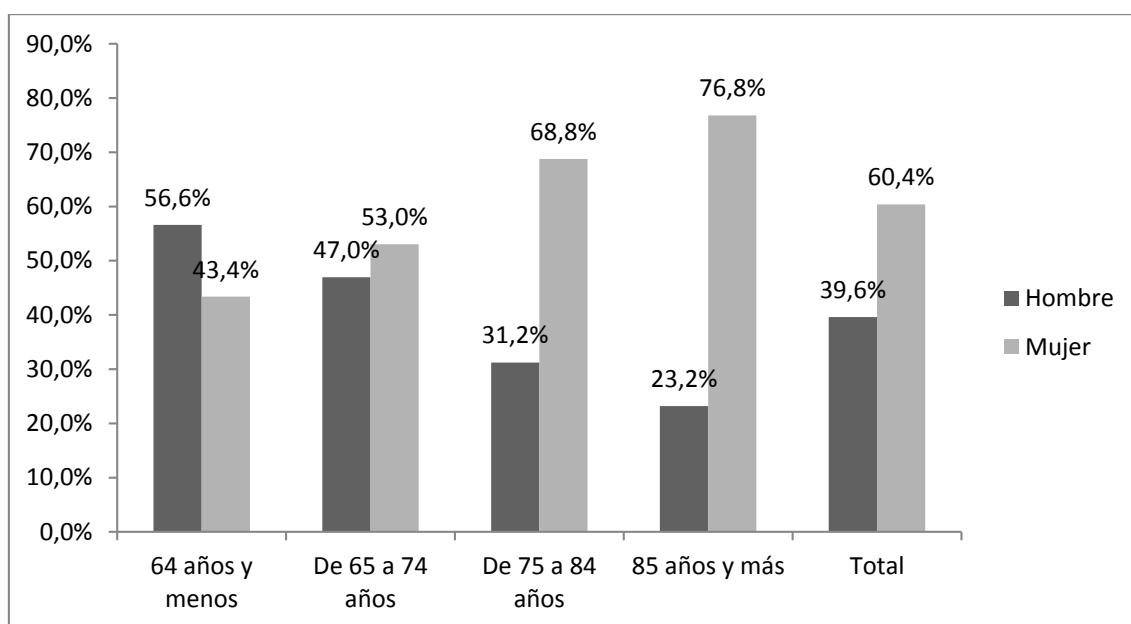
Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 hogares)

En el gráfico 8.17 se observa que el 66,1% de los dependientes tienen 65 años o más. Además, dentro de ese grupo, el 81,5% tiene más de 75 años. Con estos datos se puede constatar que el fenómeno de la dependencia está muy ligado a la vejez y se agudiza a medida que avanza la edad.

En el gráfico 8.18, atendiendo al valor total, se muestra que la mayoría de los dependientes que participan en la encuesta<sup>60</sup> son mujeres (60,4%). Sin embargo, entre los menores de 65 años hay más hombres dependientes (56,6%). A partir de los 65 se invierte esta tendencia, y sigue aumentando conforme se va incrementando la edad, llegando las mujeres a representar el 76,8% de las personas dependientes mayores de 85 años.

<sup>60</sup> Cabe recordar que para la submuestra de dependientes no hay representatividad poblacional.

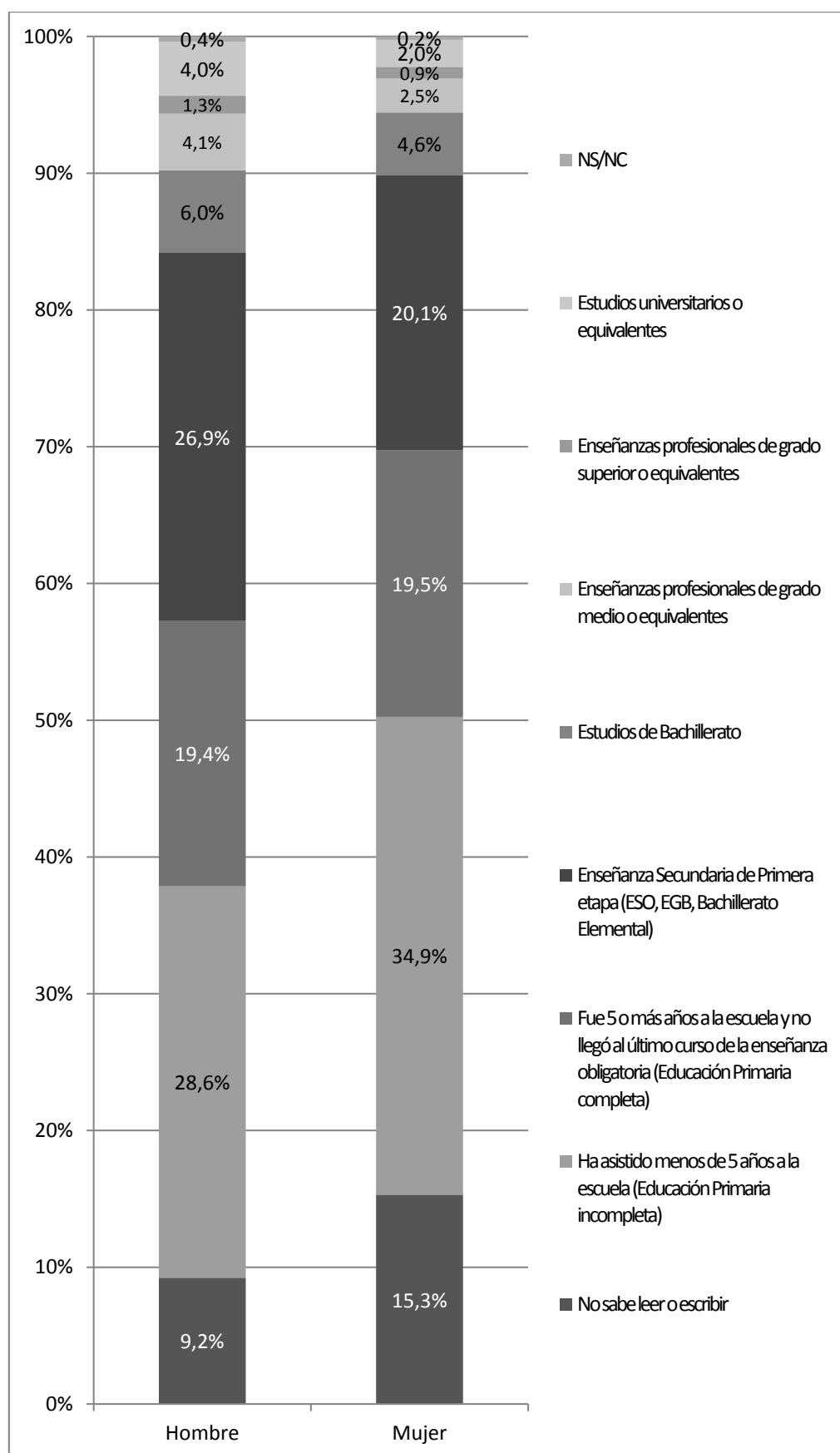
**Gráfico 8.18: Edad de los dependientes por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 hogares)

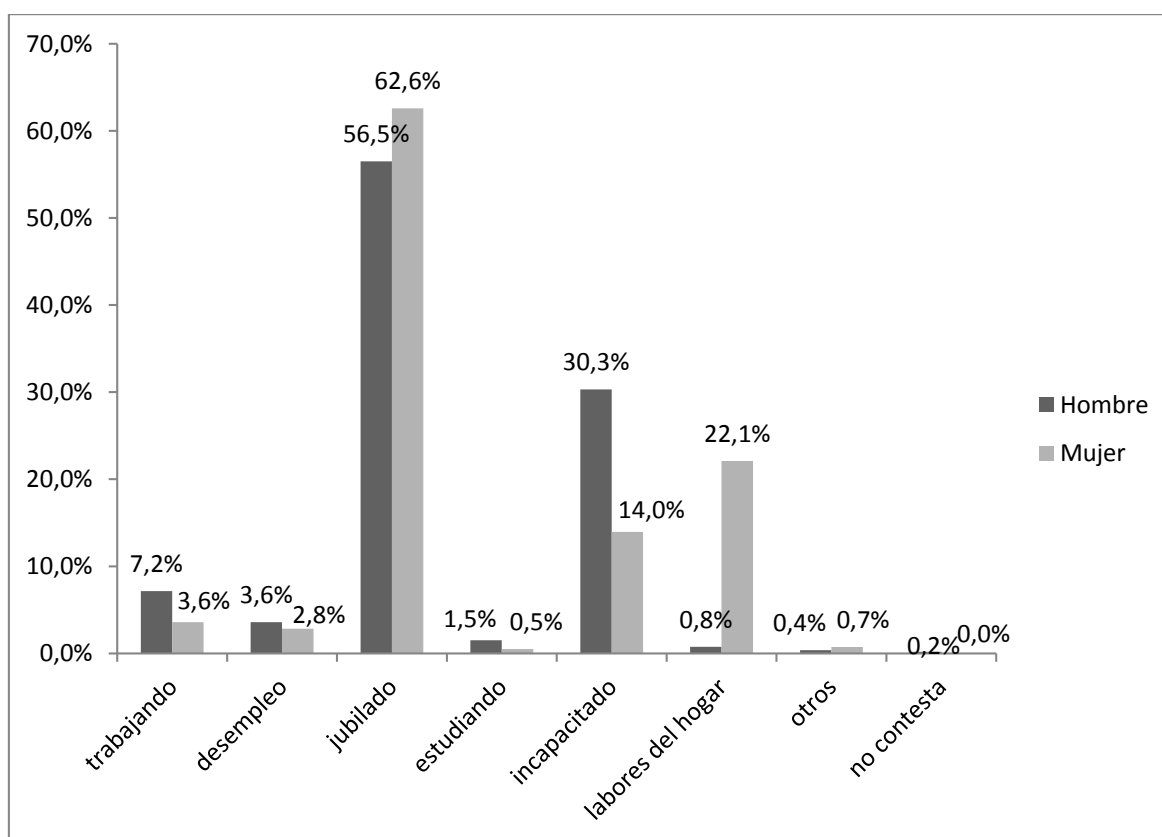
Con respecto al nivel de estudios, en el gráfico 8.19, se observa cómo, en general, las mujeres dependientes tienen un nivel de estudios bastante inferior a los hombres. Su tasa de analfabetismo y de educación primaria incompleta es un 6% superior a la de los hombres, su tasa de enseñanza secundaria es un 6% inferior a la de los hombres, y su tasa de estudios universitarios es la mitad que la de los hombres. Asimismo, a nivel global, el nivel educativo de los dependientes no es muy alto, el 57,2% de los hombres dependientes y el 69,7% de las mujeres dependientes no llegaron al último curso de la enseñanza obligatoria.

**Gráfico 8.19: Nivel de estudios de los dependientes por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 hogares)

**Gráfico 8.20: Actividad económica de los dependientes por sexos\***



\*Opción de respuesta múltiple

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 hogares)

Con respecto a la actividad económica de las personas dependientes, en el gráfico 8.20, se observa que la mayoría están jubilados. Los siguientes grupos en el ranking porcentual son el de los incapacitados para los hombres y el de labores del hogar para las mujeres. En cuanto a las diferencias por sexos, cabe resaltar que los hombres superan a las mujeres en las situaciones: trabajando (aproximadamente el doble que las mujeres), en desempleo, estudiando e incapacitados (también el doble que las mujeres). Por otro lado, las mujeres dependientes presentan mayores porcentajes en el grupo de jubilados y sobre todo en el grupos “labores del hogar”, donde un 22,1% de las mujeres dependientes tienen esta actividad económica frente al 0,8% de los hombres.



**Tabla 8.2: Composición de los hogares de los dependientes por sexo y edad del dependiente (%).**

	64 años y menos		De 65 a 74 años		De 75 a 84 años		85 años y más		Total
	H*	M*	H	M	H	M	H	M	
Hogar unipersonal	6,6	7,1	6,5	11,5	7,0	23,1	9,6	20,4	13,1
Pareja sola	11,7	12,2	51,9	34,5	55,3	22,7	38,6	5,1	21,6
Pareja con algún hijo menor de 25 años	20,6	22,8	2,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5
Pareja con todos los hijos mayores de 25 años	25,3	21,3	16,9	12,6	14,0	9,2	6,0	1,1	13,3
Padre o madre solo, con algún hijo menor de 25 años	1,9	5,6	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	1,3
Padre o madre solo, con todos los hijos mayores de 25 años	16,0	10,7	2,6	11,5	0,9	17,5	14,5	28,7	15,7
Pareja, padre o madre solo con hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar	6,2	7,6	10,4	14,9	7,9	10,8	6,0	10,2	9,0
Otro tipo de hogar	11,7	12,7	9,1	13,8	14,0	16,7	25,3	34,5	18,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*H: hombre, M: mujer

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 hogares).

A continuación se estudian las diferencias en la composición de los hogares según el sexo y la edad del dependiente. En la tabla 8.2 se observa que por sexos, los dependientes menores de 65 años presentan unos datos muy parecidos y la mayoría de

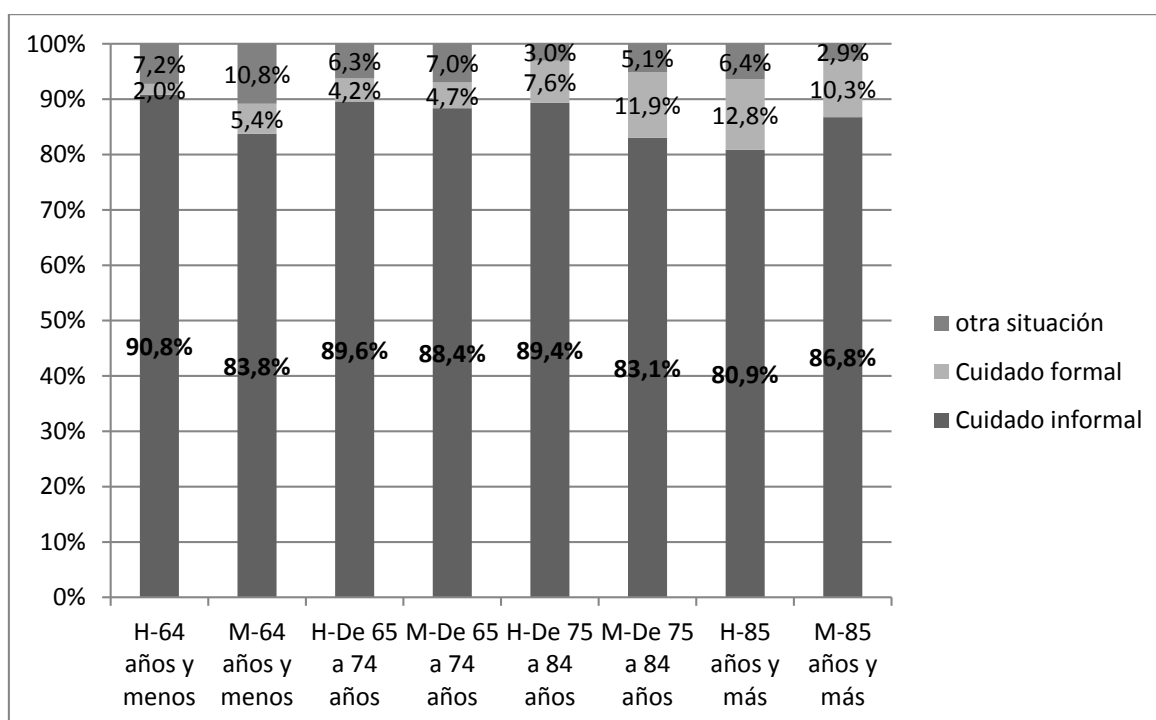
los hogares son o bien parejas con algún hijo menor de 25 años, o bien parejas con todos los hijos mayores de 25 años.

En el grupo de 65 a 74 años, los hombres presentan una mayoría de parejas solas (51,9%) seguido de parejas con todos los hijos mayores de 25 años (16,9%) y pareja, padre o madre solo con hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar (10,4%). En cuanto a las mujeres, las tipologías mayoritarias son: parejas solas (34,5%), pareja, padre o madre solo con hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar (14,9%) y otro tipo de hogar (13,8%). Destaca en las mujeres la casi completa desaparición de parejas con algún hijo menor de 25 años, que pasa del 22,8% en las menores de 65 años al 1,1% en las que tienen 65 años o más.

En el grupo de 75 a 84 años, en el caso de los hombres la estructura no varía significativamente del anterior grupo. Sin embargo, en el caso de las mujeres, la tipología mayoritaria es hogar unipersonal (23,1%), pareja sola (22,7%), padre o madre solo, con todos los hijos mayores de 25 años (17,5%) y otro tipo de hogar (16,7%).

En el grupo de 85 años y más, en los hogares de hombres dependientes las tipologías mayoritarias son: parejas solas (38,6%), otro tipo de hogar (25,3%) y padre o madre solo, con todos los hijos mayores de 25 años (14,5%). En el caso de las mujeres se incrementa mucho otro tipo de hogar (34,5%), seguido de padre o madre solo, con todos los hijos mayores de 25 años (28,7%) y de la otra tipología mayoritaria, hogar unipersonal (20,4%). De este último dato se deduce que el 20,4% de las mujeres dependientes mayores de 85 años viven solas, frente al 9,6% de los hombres.

**Gráfico 8.21: Tipo de cuidado de los dependientes por sexo y edad del dependiente**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 1.341 hogares).

En el gráfico 8.21 se muestra el tipo de cuidados que reciben las personas dependientes según su edad y su sexo. Se observa la preponderancia del color gris oscuro, el cual representa el cuidado informal. En todos los grupos de edad y para todos los sexos el cuidado informal supera el 80% y en algunos casos alcanza hasta el 90,8% de los cuidados.

Haciendo un análisis por grupos de edad se observan algunas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al porcentaje que ocupa el cuidado formal. En el primer grupo las mujeres menores de 65 años tienen una mayor porcentaje de cuidado formal que los hombres (3,4 puntos porcentuales por encima). En el siguiente grupo, de 65 a 74 años, los porcentajes de cuidado formal se igualan (4,2 % para los hombres y 4,7% para las mujeres). A continuación, en el grupo que va de 75 a 84 años, las mujeres vuelven a presentar un porcentaje de cuidado formal superior (4,3 puntos porcentuales por encima que los hombres). Por último, los hombres mayores de 85 años alcanzan un nivel de cuidado formal del 12,8% y las mujeres mayores de 85 años lo reducen hasta el 10,3%.

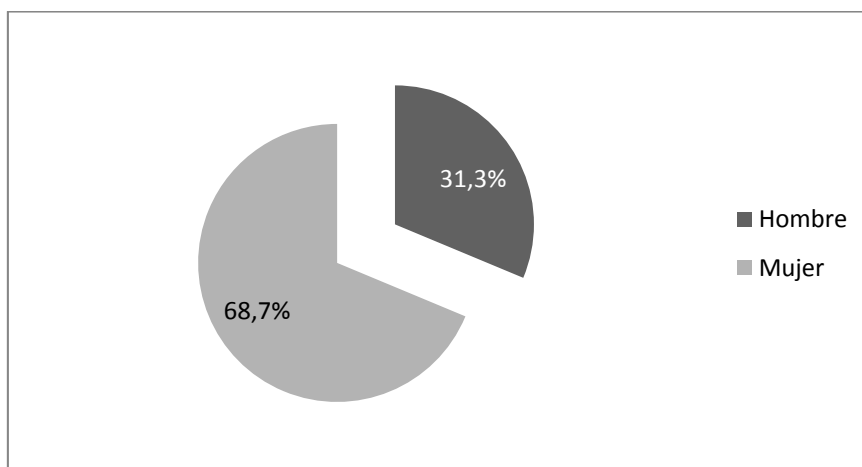
Atendiendo a toda la descripción que se ha realizado se puede afirmar que, las principales características de las personas dependientes estudiadas son las siguientes. La

mayoría tiene más de 65 años y dentro de ese colectivo hay más mujeres. El nivel educativo de los hombres dependientes es superior al de las mujeres. Con respecto a la actividad económica de los dependientes, las categorías mayoritarias son: jubilados, incapacitados (aunque las hombres duplican la tasa femenina) y labores del hogar (la representación masculina es mínima (0,8%) y la de las mujeres es del 22,1%). En relación con la composición del hogar, se ha observado que los hogares compuestos por mujeres mayores dependientes tienen un tamaño más reducido, llegando a tener un porcentaje muy alto de hogares unipersonales. Por último, se observa que para cualquier grupo de edad o sexo el cuidado informal es la norma. A continuación se profundiza en las características de los y las cuidadoras informales.

### 8.5.- Caracterización de los/as cuidadores/as

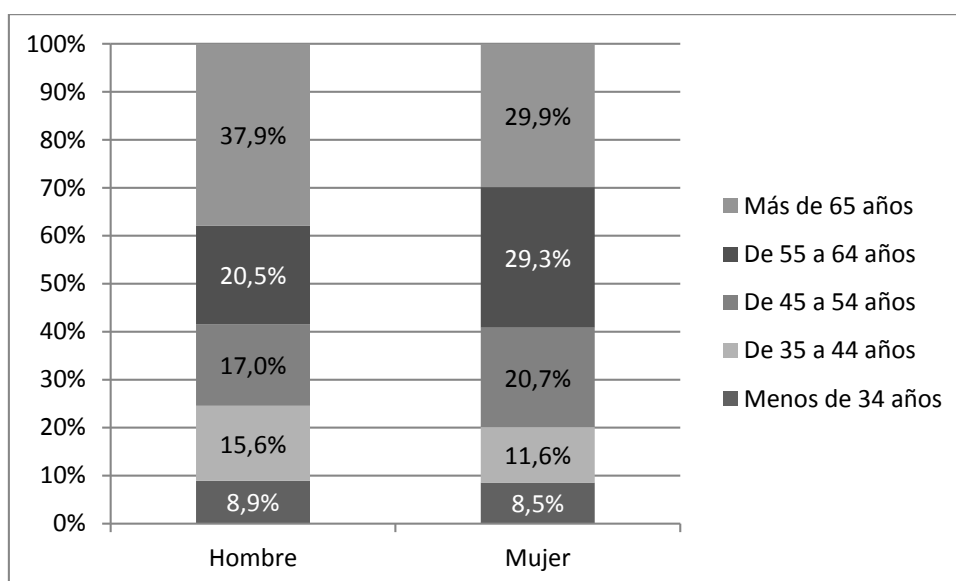
En este apartado se describen las principales características de las personas que cuidan de manera informal a un miembro de su familia. Se detalla su edad, sexo, nivel de estudios y actividad económica. También se muestra cuál es la composición de los hogares según el sexo de la persona cuidadora.

**Gráfico 8.22: Cuidadores informales por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 716 cuidadores/as informales).

**Gráfico 8.23: Edades de los/as cuidadores informales según sexos**

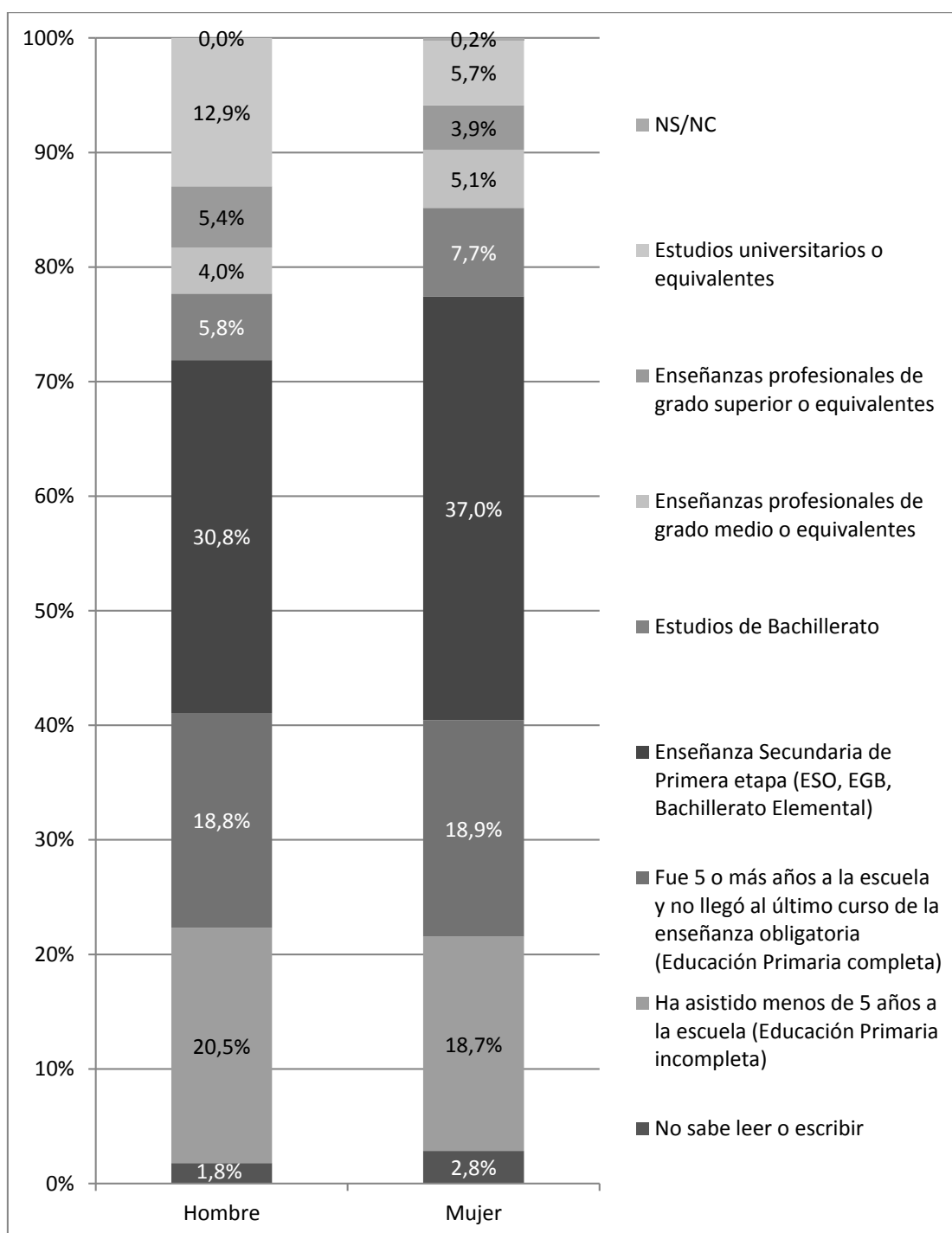


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 716 cuidadores/as informales).

Analizando los gráficos 8.22 y 8.23 se aprecia, por un lado, que la mayoría de los cuidadores son mujeres, en torno al 70% y, por otro lado, que la distribución de las edades por sexos es bastante similar. Sin embargo, las mujeres tienen una mayor concentración en el grupo de entre 55 y 64 años, concretamente 9 puntos porcentuales más que los hombres. Y los hombres presentan una mayor proporción en el grupo de 65 años y más (otros estudios muestran que a partir de la jubilación los hombres ese incorporan más a las actividades de cuidado (Meil, y Rogero, 2014; Galaso y De Vera, 2014)).

En el gráfico 8.24 se observa que, en comparación con las mujeres, los hombres presentan una mayor proporción de estudios universitarios. Las mujeres, al igual que los hombres, se concentran más en el grupo de estudios de enseñanza secundaria, pero el porcentaje de ellas es mayor. En los dos casos vemos que en torno al 70% de los cuidadores informales no tiene estudios de Bachillerato.

**Gráfico 8.24: Estudios de los/as cuidadores informales según sexos**

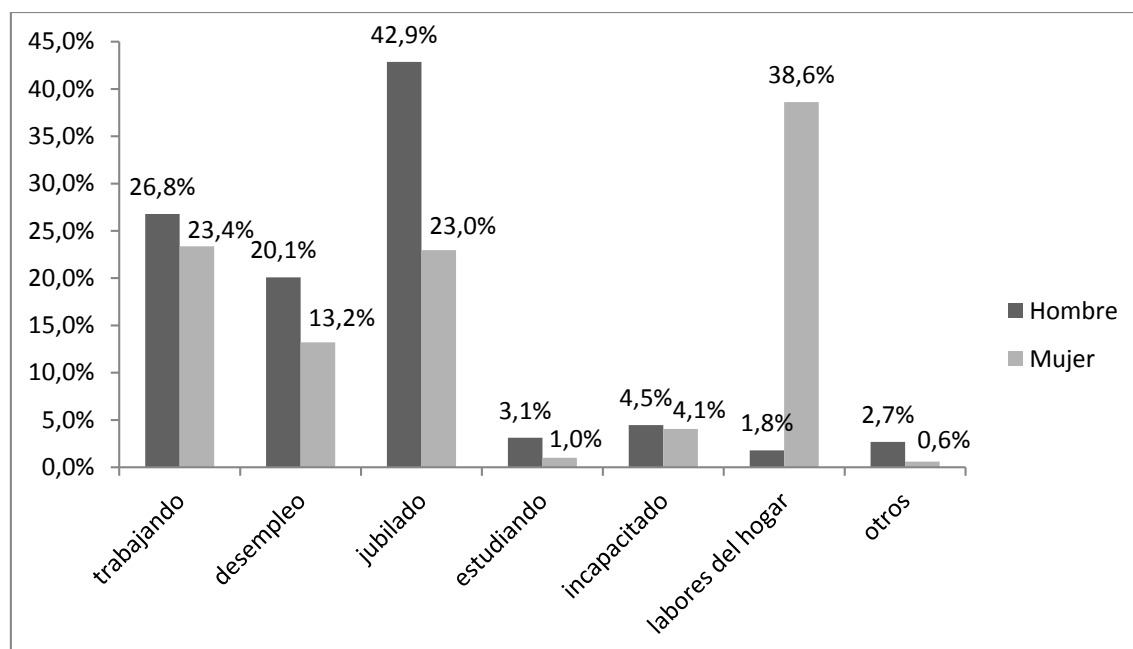


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 716 cuidadores/as informales).

En el gráfico 8.25 se muestra que tanto hombres como mujeres están concentrados en las actividades económicas: trabajando, desempleo y jubilado (en este último grupo los hombres duplican el porcentaje de las mujeres). Sin embargo hay una diferencia importante, y es que el 38,6% de las mujeres están dedicadas a las labores del hogar frente al 1,8% de los hombres. Este dato es muy significativo ya que nos dice que el 38,6% de

las mujeres cuidadoras, que además son mayoría en el colectivo de cuidadores, no tiene ingresos. Sin embargo un 42,9% de los hombres, están jubilados, por lo que cuentan con una fuente de ingresos regular.

**Gráfico 8.25: Actividad económica de los/as cuidadoras por sexo\***

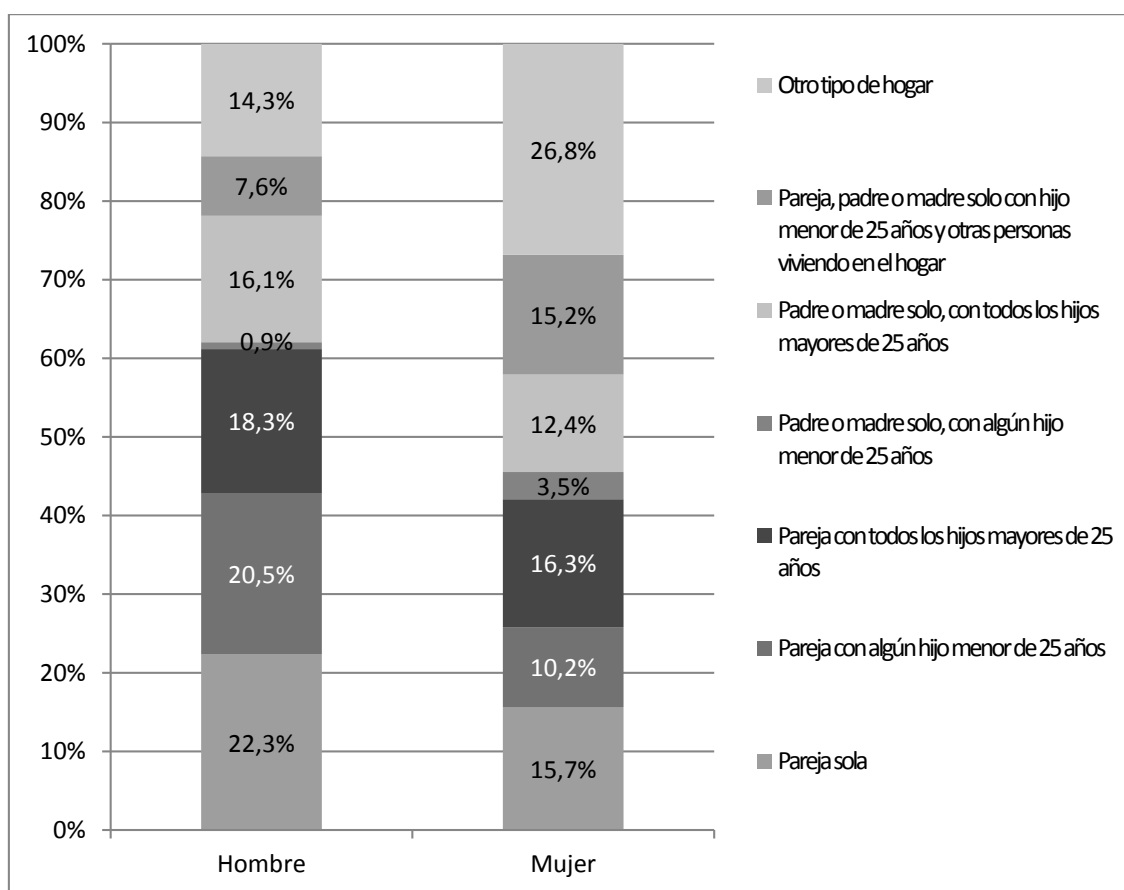


\*Opción de respuesta múltiple

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 716 cuidadores/as informales).

Con respecto a la composición de los hogares mostrada en el gráfico 8.26, se observa que los hogares de los cuidadores hombres presentan una muestra bastante distribuida entre los diferentes tipos de hogares; no destaca de manera llamativa un grupo sobre otro. Sin embargo, las mujeres cuidadoras si están más concentradas en dos tipos tipo de hogar: “otro tipo de hogar” (26,8%) y “pareja, padre o madre solo, con hijo menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar” (16,3%).

**Gráfico 8.26: Composición de los hogares de los y las cuidadoras informales por sexo**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 716 cuidadores/as informales).

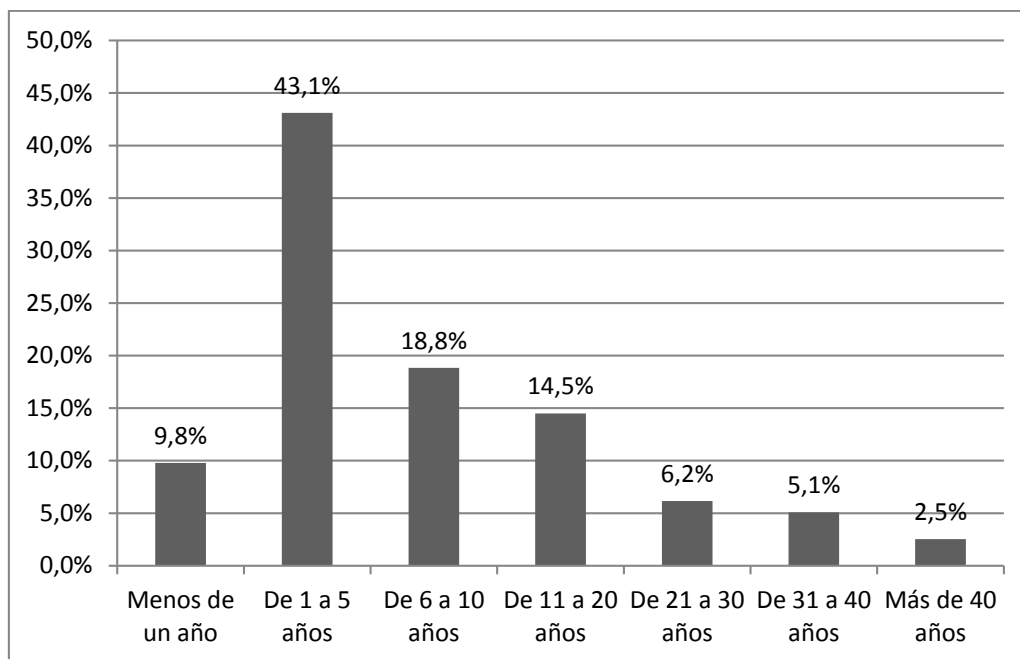
Los aspectos más destacados de este apartado son los siguientes. La mayoría de los cuidadores informales son mujeres de entre 55 y 64 años. En el caso de los hombres el grupo mayoritario tiene 65 años o más. La mayoría de los cuidadores no tienen estudios de bachillerato, los hombres presentan mayores porcentajes de estudios superiores que las mujeres. La mayoría de los cuidadores están jubilados y de las cuidadoras son amas de casa. Los hogares de los hombres cuidadores no tienen un tipo mayoritario, en cambio en los hogares con mujeres cuidadoras, destaca “otro tipo de hogar”.

Con respecto al tiempo que hace que cuidan, en el gráfico 8.27, se observa que solo el 9,8% de la muestra lleva menos de un año cuidando de un familiar dependiente. La mayoría son cuidadores de larga duración, aproximadamente la mitad (43,1%) de los cuidadores/as llevan entre uno y cinco años cuidando de un familiar dependiente. El siguiente grupo, que forman casi el 20% de la muestra, lleva cuidando entre 6 y 10 años. El siguiente grupo mayoritario es el que lleva entre 11 y 20 años (14,5%). Y, por último,



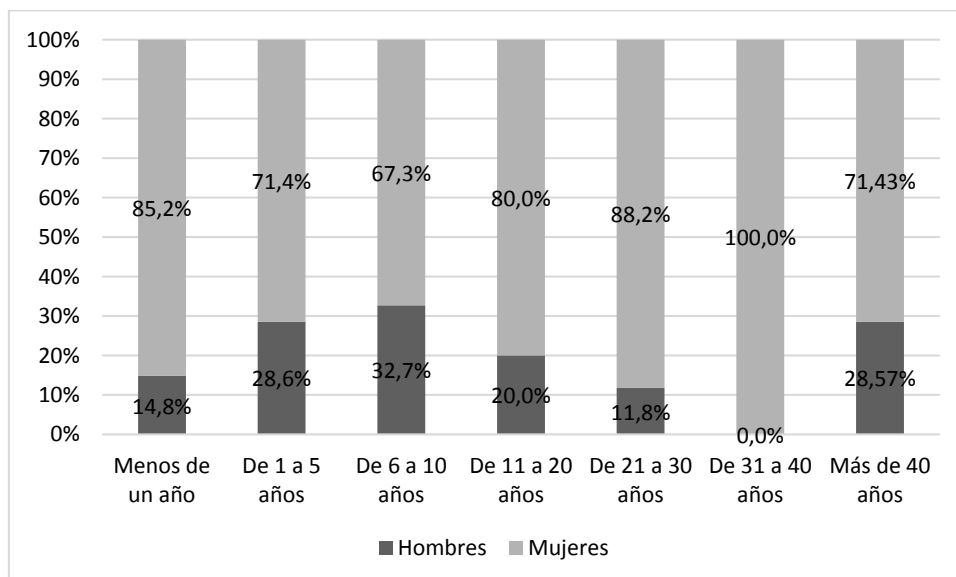
las personas que llevan cuidando desde 21 años en adelante, superando algunos casos los 40 años, suman un 13,8%.

**Gráfico 8.27. Tiempo que hace que cuida del familiar dependiente**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 474 cuidadores/as informales).

**Gráfico 8.28. Tiempo que hace que cuida del familiar dependiente por sexos**

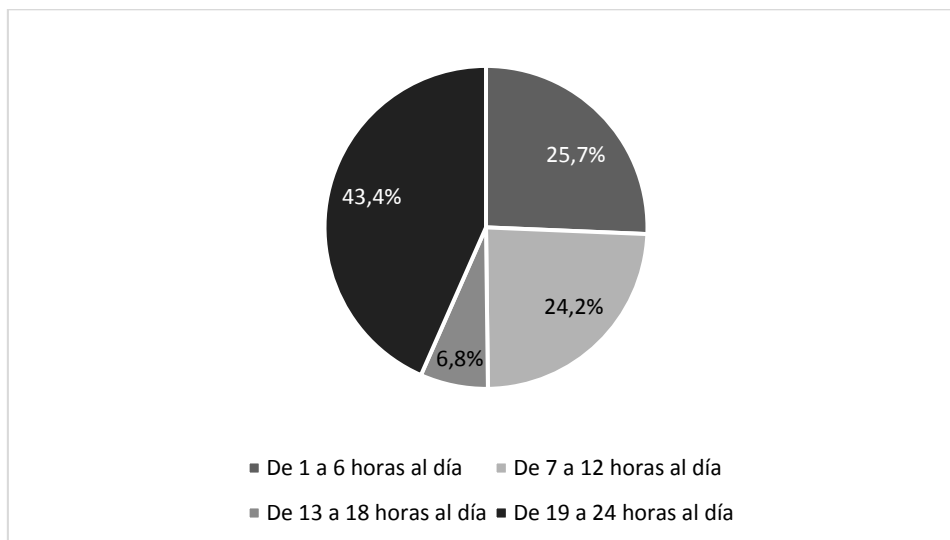


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 474 cuidadores/as informales).

En el gráfico 8.28 se muestra la distribución por sexos del gráfico 8.27. Se observa como en todos los casos las mujeres son mayoría, el porcentaje más alto de mujeres está

entre las que llevan cuidando de 31 a 40 años, en las que todas son mujeres. En el grupo en el que proporcionalmente hay más hombres es en el que llevan cuidando de 6 a 10 años. La participación masculina llega a su tope en dicho grupo y vuelve a representar el mismo porcentaje entre el grupo que lleva más de 40 años cuidando.

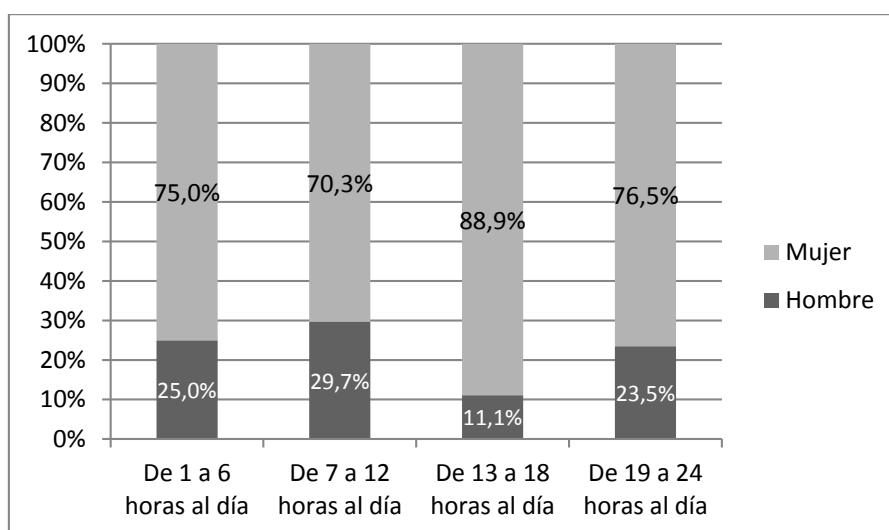
**Gráfico 8.29: Horas de dedicadas al cuidado de lunes a viernes (promedio diario)**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 474 cuidadores/as informales).

En el gráfico 8.29 se observa como el 43,4% de los cuidadores/as dedican de 19 a 24 horas del día a cuidar. Los otros dos grupos, serían el que cuida de 1 a 6 horas al día que constituye aproximadamente un cuarto de la muestra y los que cuidan de 7 a 12 horas. El grupo más pequeño es el de 13 a 18 horas. Por lo que se pueden distinguir dos grupos, mayoritarios los que cuidan las 24 horas del día y los que cuidan menos o igual a 12 horas al día.

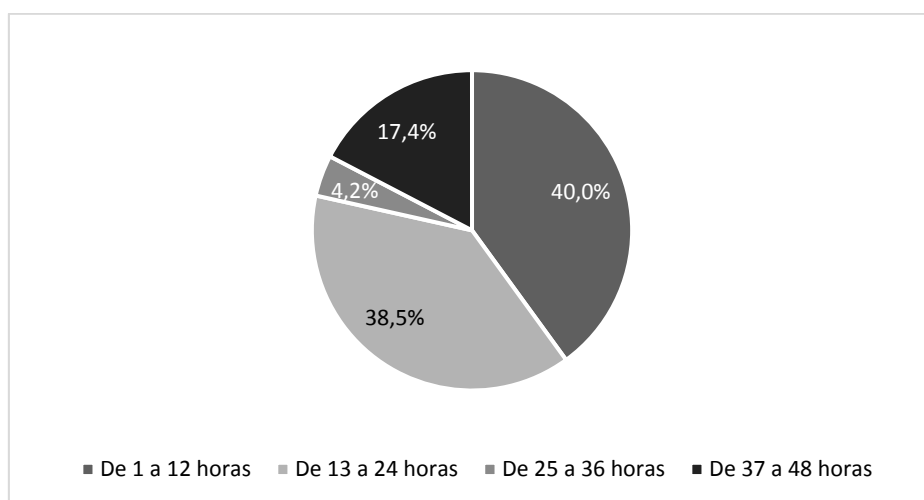
**Gráfico 8.30: Horas de dedicadas al cuidado de lunes a viernes por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 474 cuidadores/as informales).

En relación con el gráfico 8.30, se observa que en todos los casos la proporción de mujeres es superior al 70%, alcanzado el porcentaje más alto en el grupo que cuida de 13 a 18 horas al día. El grupo en el que hay más hombres este en el que cuida de 7 a 12 horas al día. .

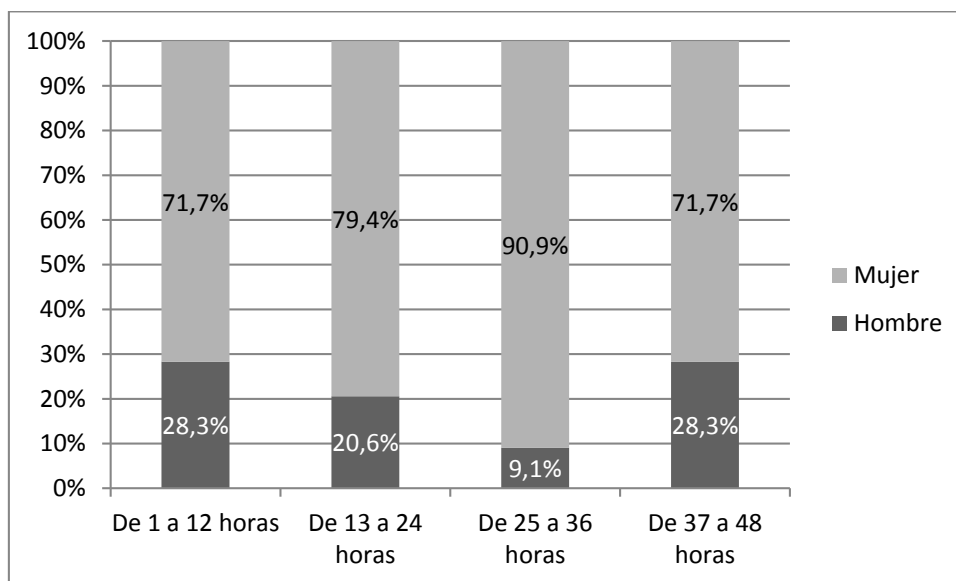
**Gráfico 8.31: Horas dedicadas a su cuidado en sábado y domingo (suma de los días)**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 474 cuidadores/as informales).

En el gráfico 8.31 se observa que la muestra está mayoritariamente repartida en dos grupos, por un lado los que cuidan de 1 a 12 horas (40,0%), y por otro los que cuidan de 13 a 24 horas. El siguiente grupo, con un 17,4% es el que cuida de 37 a 48 horas. Por último, el grupo más pequeño (4,2%) cuida de 25 a 36 horas en sábado y domingo.

**Gráfico 8.32: Horas dedicadas a su cuidado en sábado y domingo (suma de los días) por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 474 cuidadores/as informales).

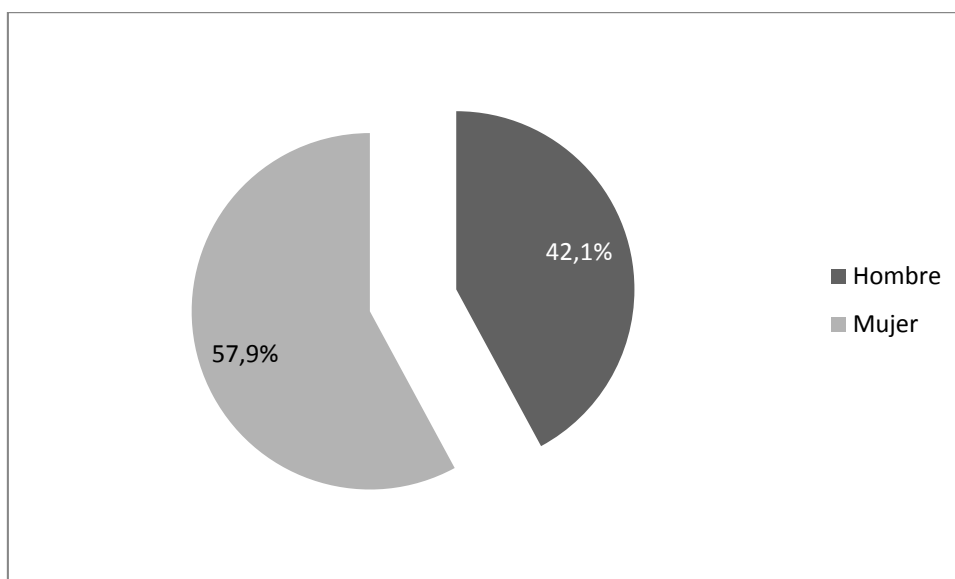
En el gráfico 8.32 se muestra que al igual que en el número de horas que cuidan de lunes y viernes, los fines de semana, la proporción de mujeres es superior al 70%, alcanzado el porcentaje más alto en el grupo que cuida de 25 a 36 horas al día. Los grupos en los que hay más hombres son los dos grupos extremos: los que menos horas cuidan y los que más, de 1 a 12 horas (28,3%) y de 37 a 48 horas (28,3%).

Estos datos confirman lo analizado en el capítulo 6 de la presente tesis, se confirma que el cuidado informal en España es muy intenso. Y que, por tanto, repercute negativamente en la salud de los cuidadores/as.

## 8.6.- Caracterización de los/as cuidadores/as de apoyo

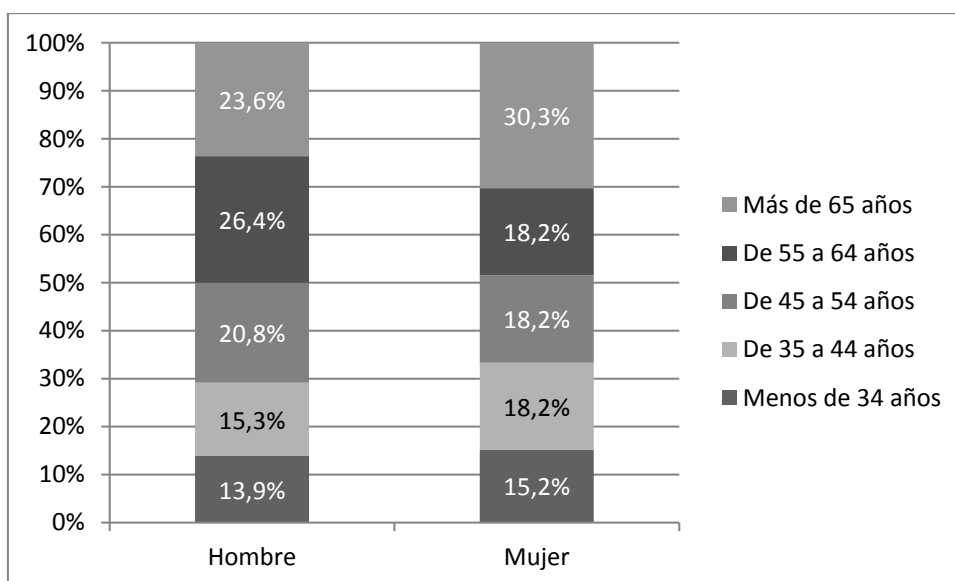
En este apartado se describen las principales características de las personas del hogar que apoyan al cuidador principal en los cuidados de la persona dependiente. Se estudia su edad, sexo, nivel de estudios y actividad económica. También se muestra cuál es la composición de los hogares según el sexo de la persona cuidadora de apoyo.

**Gráfico 8.33: Cuidadores/as de apoyo por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 171 cuidadores/as de apoyo).

**Gráfico 8.34: Edad de los cuidadores de apoyo por sexos**

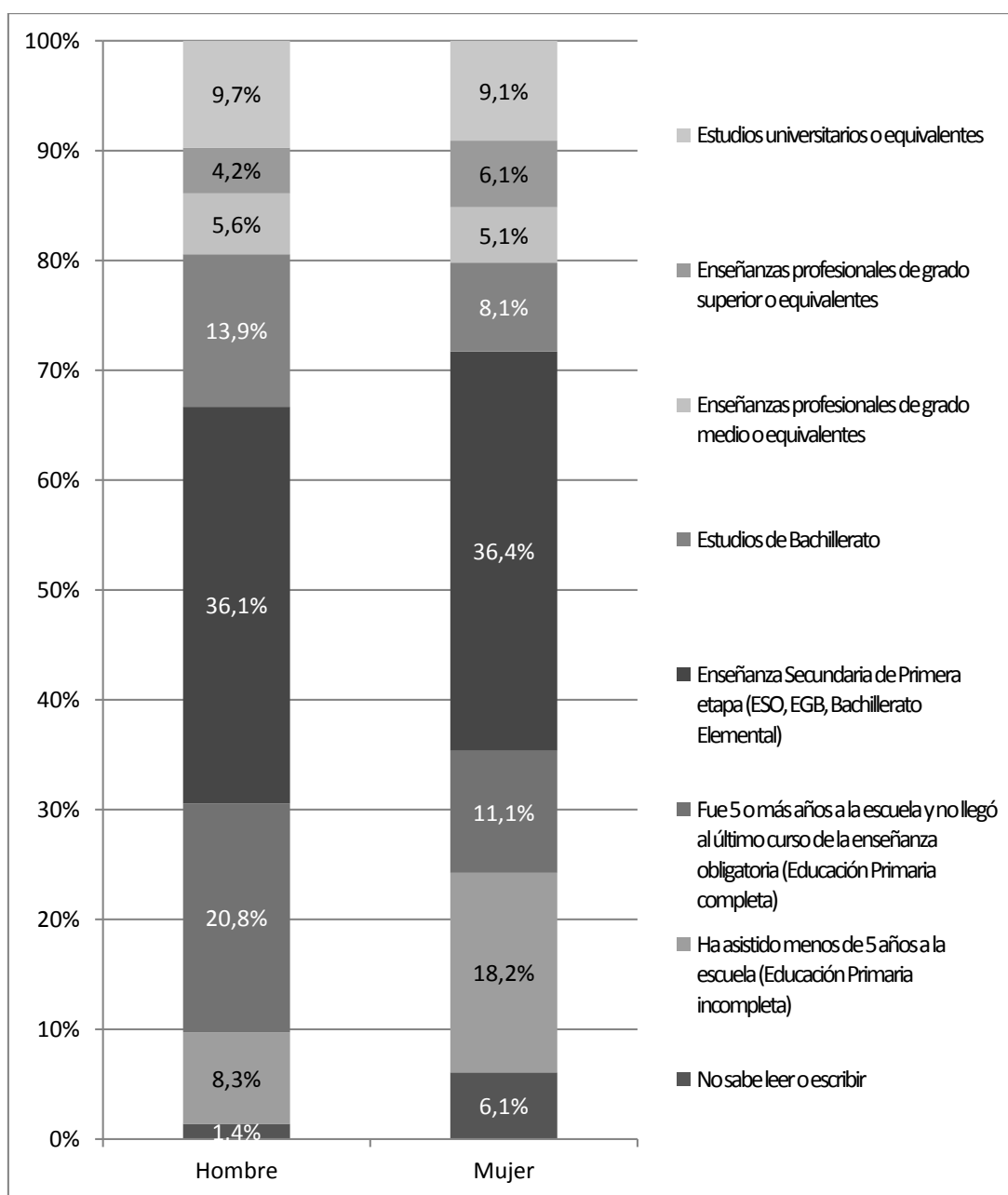


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 171 cuidadores/as de apoyo).

En el gráfico 8.33 se observa como las mujeres siguen siendo mayoría (57,9%) pero en menor proporción que las cuidadoras principales. Asimismo, en el gráfico 8.34, se aprecia que tanto para los hombres como para las mujeres se incrementa la proporción de menores de 34 años. Por otro lado, los grupos mayoritarios por sexos son justo los contrarios que en el caso de los cuidadores principales, el de las mujeres es ahora el de 65 años y más y el de los hombres el de entre 55 y 64 años.

Con respecto al nivel de estudios mostrado en el gráfico 8.35, las mujeres y los hombres presentan valores similares en estudios universitarios, enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes y en enseñanza secundaria de primera etapa. Por el contrario se encuentran más diferencias en cuanto al analfabetismo y la educación primaria incompleta, donde las mujeres tienen porcentajes más altos que los hombres. Además, en educación primaria completa los hombres tienen un porcentaje superior a las mujeres. También destaca que los hombres tienen 5 puntos porcentuales más que las mujeres en estudios de bachillerato. En definitiva, el porcentaje de cuidadores de apoyo que no tienen estudios de bachillerato es del 66,6% para los hombres y del 71,8% para las mujeres.

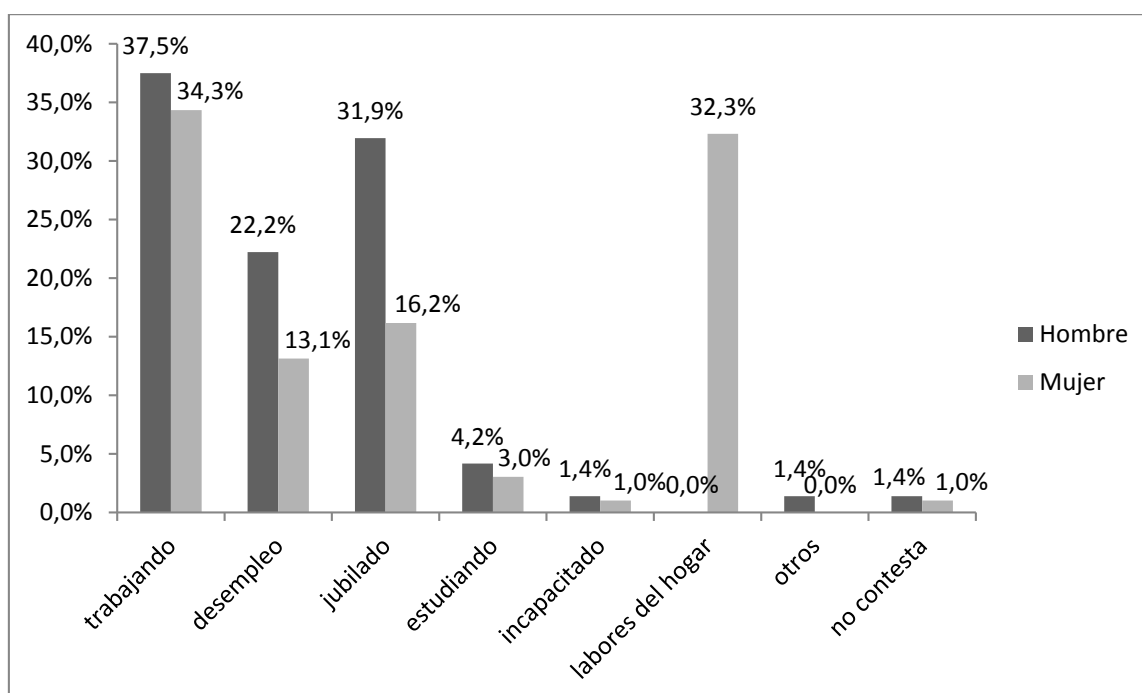
**Gráfico 8.35: Nivel de estudios de los cuidadores de apoyo por sexos**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 171 cuidadores/as de apoyo).

En cuanto a la actividad económica de los cuidadores de apoyo (gráfico 8.36), se repite el mismo patrón que en los cuidadores principales. Por la estructura de edad de este grupo hay más personas trabajando que jubiladas, pero las diferencias por sexos se mantiene. De esta forma, los datos sobre las labores del hogar son similares, concretamente, el 32,3% de las mujeres tienen los labores del hogar como actividad económica (seis puntos porcentuales menos que en las cuidadoras principales) y ningún hombre de entre los cuidadores de apoyo se dedica a la labores del hogar.

**Gráfico 8.36: Actividad económica de los cuidadores de apoyo por sexos\***



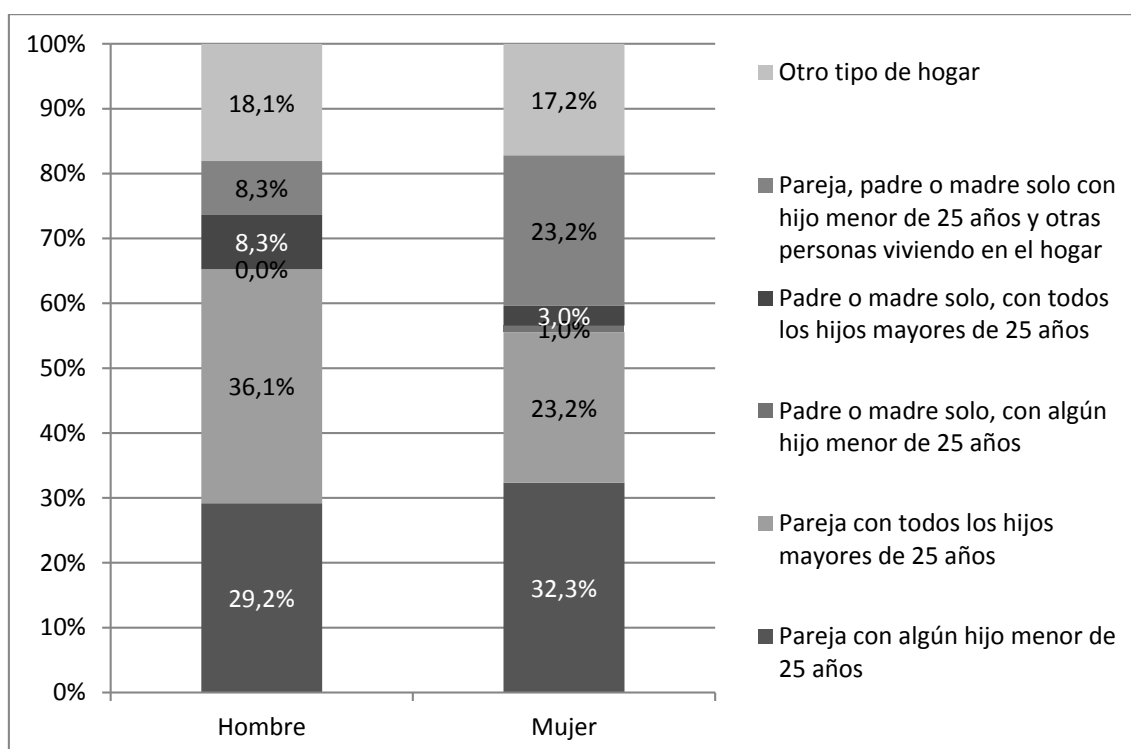
\*Opción de respuesta múltiple

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 171 cuidadores/as de apoyo).

La composición de los hogares mostrada en el gráfico 8.37 de los cuidadores de apoyo es bastante diferente de la de los cuidadores principales. Tanto para el caso de los hombres como para el de las mujeres desaparecen los hogares de parejas solas, lo hogares unipersonales y las parejas con algún hijo menor de 25 años. Por sexos, se observa como en el colectivo masculino hay mayoría de “parejas con todos los hijos mayores de 25 años” (36,1%). Y en el femenino el grupo de “pareja con algún hijo menor de 25 años” (32,3%).



**Gráfico 8.37: Composición del hogar de los cuidadores de apoyo**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2013. Elaboración propia. (Base = 171 cuidadores/as de apoyo).

Los aspectos más interesantes de este apartado se detallan a continuación. Aunque en menor proporción que las cuidadoras principales, hay más cuidadores de apoyo mujeres que hombres. El grupo de edad mayoritario en las mujeres es de 65 años y más y el de los hombres de entre 55 y 64 años. El nivel educativo no es muy alto, el 66,6% de los hombres y el 71,8% de las mujeres no tienen estudios de bachillerato. Hay más personas trabajando que jubiladas y las diferencias por sexos se mantienen. No hay ningún hombre dedicado a las labores del hogar frente al 32,3% de las mujeres. En relación con la composición de los hogares en el colectivo masculino destaca “parejas con todos los hijos mayores de 25 años” y en el femenino el grupo de “pareja con algún hijo menor de 25 años”.

## 8.7.- Recapitulación

A lo largo de este capítulo se han abordado los objetivos del análisis descriptivo expuesto en apartado 7.2.1. Con respecto a la caracterización de los hogares con personas dependientes se ha mostrado que estos hogares tienen una peor situación socioeconómica

que los hogares que no tienen dependientes. Además, se ha observado que en la mayoría de los hogares las personas dependientes reciben cuidados informales, mostrando como el cuidado informal es mayoritario en España. En relación con la caracterización de las personas dependientes, se ha expuesto como la mayoría de ellos tienen más de 65 años y dentro de ese colectivo se observa que hay muchas mujeres mayores que normalmente viven solas. Se ha descrito por tanto la clara vinculación de la dependencia con el envejecimiento, tendencia que va en aumento. Con respecto a la caracterización de los/as cuidadores/as informales, se ha encontrado que el cuidado informal lo realiza en la mayoría de los casos mujeres (en España y en el mundo). Asimismo, los hombres se involucran más en el cuidado informal cuando se jubilan. Además se ha expuesto que la intensidad del cuidado informal es muy alta, tanto en número de horas que cuidan a la semana como por el número de años que llevan siendo cuidadores/as.

## Capítulo 9: Análisis Econométrico. Aplicación del Modelo Logit

### 9.1.- Introducción y estudio exploratorio

A partir de la exposición del funcionamiento del modelo *logit* en el apartado 7.4 del capítulo 7 referido a la metodología, se plantean dos modelos *logit* principales y ciertas variaciones del segundo modelo.

El primer modelo analiza la relación entre la variable criterio “tipo de cuidado” y algunas de las variables predictoras que se han detallado en el apartado 7.3. El objetivo consiste en averiguar qué variables influyen en el tipo de cuidado que recibe una persona dependiente, a pesar de que se ha visto que el cuidado informal es mayoritario, se plantea este modelo con el objetivo de profundizar en el sistema español e intentar descubrir qué variables determinan que un dependiente reciba un tipo de cuidado u otro.

El segundo modelo analiza la relación entre la variable criterio “cuidador/a informal” y algunas de esas variables predictoras. Ya se ha observado que la mayoría de los cuidadores son mujeres, sin embargo, se pretende profundizar más y dilucidar, qué otras características de las personas influyen en su probabilidad de cuidar. Las variables predictoras en cada modelo *logit* se han seleccionado siguiendo los objetivos de investigación propuestos y a partir de criterios estadísticos.

Para el primer modelo se utiliza la muestra de personas dependientes ( $N = 1.341$ ,  $n$  válido = 645) y se pretende responder a la pregunta de qué variables influyen en el tipo de cuidado que recibe una persona dependiente (variable criterio definida como 0-cuidado formal y 1-cuidado informal). Para ello, se plantean como posibles variables predictoras aquellas que tienen que ver con las características de la persona dependiente, con el hogar en el que viven y con las persona de referencia del hogar.

En el segundo modelo se utiliza la muestra de adultos que viven en hogares ( $N = 961$ ,  $n$  válido = 960) donde hay una persona dependiente que recibe cuidados informales.

Se pretende identificar qué características de esas personas inciden en la probabilidad de ser cuidador informal o no (variable criterio definida como 0- no es cuidador/a y 1- sí es cuidador/a).

Antes de analizar los resultados de los modelos planteados, se realiza un estudio exploratorio que sirve para distinguir qué variables predictoras se relacionan estadísticamente con la variable criterio de cada modelo y decidir así cuáles son las más adecuadas. Dicho análisis exploratorio se ha realizado a partir del procedimiento tablas de contingencia y la prueba Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). Estas tablas se utilizan para analizar la relación entre dos variables de naturaleza categórica; ofrecen información sobre cómo se distribuyen los casos entre las categorías de ambas variables. Asimismo, la significación estadística de la relación entre las variables se calcula con la prueba Chi-cuadrado.

La Tabla 1 muestra los resultados de las pruebas de Chi-cuadrado entre la variable criterio “Tipo de cuidado” y las distintas variables predictoras. Se observa que en base al criterio de selección inicial propuesto por Hosmer y Lemeshow (1989) de utilizar variables que cumplan con el criterio  $p(\chi^2) < 0,25$ , 14 variables predictoras presentan una relación suficiente con la variable criterio. Estas variables están marcadas con un asterisco en la tabla 9.1 y son: “composición del hogar”, “intervalo de ingreso mensual neto”, “clase social”, “edad de la persona de referencia”, “estudios de la persona de referencia”, “persona de referencia: desempleo”, “persona de referencia: jubilado”, “persona de referencia: incapacitado”, “sexo de la persona dependiente”, “edad de la persona dependiente”, “dependiente: desempleo”, “dependiente: jubilado”, “dependiente: incapacitado” y “dependiente: labores del hogar”.

Partiendo de esta información se han seleccionado para el Modelo 1 las 14 variables nombradas de las cuales se ha excluido “intervalo de ingreso mensual neto”, “persona de referencia: incapacitada” y “dependiente: desempleo” por presentar grupos sin casos (ceros estructurales). No existe ningún caso en el que la persona dependiente recibe cuidado formal y el ingreso del hogar sea inferior a 550 euros, tampoco hay ningún caso en el que la persona de referencia está incapacitada y la persona dependiente recibe cuidado formal y no hay ningún caso en que el dependiente está en desempleo y recibe cuidado formal. En esta línea cabe señalar que el procedimiento cuantitativo ha eliminado las situaciones que también resultan obvias desde una lógica racional. Por otro lado, la

variable ingreso mensual neto reduce el número de observaciones de 677 a 513, por lo que se ha decidido no incluirla y mantener el número de casos más alto.

**Tabla 9.1: Resumen de las pruebas de Chi-cuadrado de las tablas de contingencia con respecto a la variable “Tipo de cuidado”.**

Variable	N válido	<i>p</i>
Composición del hogar*	677	0,000
Intervalo de ingreso mensual neto*	513	0,075
Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia*	645	0,066
Principal tipo de ingreso	359	0,631
Sexo de la persona de referencia del hogar	677	0,448
Edad de la persona de referencia*	677	0,023
Estudios de la persona de referencia*	677	0,116
Persona de referencia: trabajando	677	0,985
Persona de referencia: desempleo*	677	0,216
Persona de referencia: jubilado*	677	0,062
Persona de referencia: incapacitado*	677	0,057
Persona de referencia: labores del hogar	677	0,797
Sexo de la persona dependiente*	677	0,055
Edad de la persona dependiente*	677	0,004
Dependiente: trabajando	677	0,481
Dependiente: desempleo*	677	0,150
Dependiente: jubilado*	677	0,221
Dependiente: estudiando	677	0,299
Dependiente: incapacitado*	677	0,080
Dependiente: labores del hogar*	677	0,038

Con respecto al segundo modelo, en la tabla 9.2 se muestran los resultados de las pruebas de Chi-cuadrado entre la variable criterio “Cuidador/a informal” y las distintas variables predictoras. Las variables predictoras recogen características de la persona de la que queremos saber si cuida o no de un familiar dependiente. Con la información de esta tabla se ha elaborado posteriormente el Modelo 2.

**Tabla 9.2: Resumen de las pruebas de Chi-cuadrado de las tablas de contingencia con respecto a la variable “Cuidador/a informal”.**

<b>Variables de los adultos que viven en hogar con personas dependientes</b>	<b>N válido</b>	<b>p</b>
• Sexo*	961	0,000
• Edad*	961	0,000
• Nivel de estudios*	960	0,022
• Trabajando*	961	0,000
• Desempleo*	961	0,065
• Jubilado	961	0,362
• Estudiando*	961	0,000
• Incapacitado	961	0,724
• Labores del hogar*	961	0,000

Siete variables de los adultos que viven con personas dependientes obtienen valores críticos  $p(\chi^2) < 0,25$  al cruzar en la tabla de contingencia la información disponible con la variable “Cuidador/a informal”. Las variables seleccionadas para el Modelo 2 están marcadas con un asterisco en la Tabla 2 y son: “sexo”, “edad” “nivel de estudios”, estar “trabajando”, en “desempleo”, “estudiando” o estar “dedicado/a a labores del hogar”.

## **9.2.- Resultados del Modelo 1: factores que intervienen en la tipología de cuidados (formal o informal)**

El Modelo 1 es el resultado de ajustar un modelo de regresión logit para pronosticar el tipo de cuidado que reciben los dependientes a partir de las variables seleccionadas en el análisis exploratorio previo. Estas variables predictoras están relacionadas con el hogar, la persona de referencia del hogar y la persona dependiente. Para realizar esta tarea se ha utilizado el procedimiento regresión logística binaria por pasos con la opción “hacia atrás” del programa SPSS. Aun sabiendo que el cuidado informal en España es muy mayoritario, el objetivo es identificar qué factores que influyen en la tipología de cuidados (cuidado formal o cuidado informal) que reciben los dependientes.

En la tabla 9.3 se muestra la asignación de código de la variable criterio. La variable criterio es dicotómica y recoge dos grupos: las personas dependientes que reciben cuidado informal, al que se le ha asignado el valor 1 y las personas dependientes que reciben cuidado formal, al que se le ha asignado el valor 0. Los códigos no afectan al proceso de estimación pero sí condicionan por completo la interpretación de los resultados. En el análisis descriptivo ya se señaló que la distribución muestral de esta variable está muy inclinada hacia el cuidado informal. Esta situación muestra que en España el cuidado informal es la norma; lo habitual es que las personas dependientes reciban cuidado informal y que el cuidado formal es prácticamente anecdótico. Esta situación pone en evidencia la escasez de servicios de atención a la dependencia del sistema español. Los poderes públicos no están ofreciendo las soluciones necesarias y la presión recae cada vez más sobre las familias.

**Tabla 9.3: Variable criterio**

<i>Nombre</i>	Tipo de cuidado
<i>Descripción</i>	Tipo de cuidado que recibe la persona dependiente.
<i>Tipo de variable</i>	Nominal/Dicotómica
<i>Valores</i>	1 - Cuidado informal (Frecuencia: 596 – 92,4%)
	0 - Cuidado formal (Frecuencia: 49 – 7,6%)

Con respecto al resumen de procedimientos de casos, en el caso de estudio hay 645 (48,1%) casos válidos incluidos en el análisis y 696 (51,9%) casos perdidos. Cuando el análisis excluye casos se debe a que hay algún valor perdido tanto de la variable criterio como de las variables predictoras, por lo que en el presente estudio se entiende que de los 1.341 hogares con dependientes que hay en la muestra sólo existe información sobre el tipo de cuidado que recibe el 48,1% de las personas dependientes.

En la tabla 9.4 se encuentran los diferentes valores y categorías de las 11 variables predictoras que como ya se indicó en el apartado anterior se van a introducir en el modelo logit.

**Tabla 9.4: Variables predictoras seleccionadas para la regresión logística binaria**

<b>Nombres</b>	<b>Valores/categorías</b>
<i>Composición del hogar</i>	1 Pareja sola 2 Pareja con hijos/as 3 Padre o madre solo con hijos/as 4 Otro tipo de hogar 5 Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar
<i>Clase social</i>	1 Clase Social I 2 Clase Social II 3 Clase Social III 4 Clase Social IV 5 Clase Social V 6 Clase Social VI
<i>Edad de la persona de referencia</i>	1 Menos de 45 años 2 De 45 a 54 años 3 De 55 a 64 años 4 65 años y más
<i>Estudios de la persona de referencia</i>	1 No sabe leer o escribir 2 Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta) 3 Fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria (Educación Primaria completa) 4 Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental) 5 Estudios de Bachillerato 6 Enseñanzas profesionales de grado medio y grado superior o equivalentes 7 Estudios universitarios o equivalentes
<i>Persona de referencia: desempleo</i>	1 Sí 0 No
<i>Persona de referencia: jubilada</i>	1 Sí 0 No
<i>Sexo de la persona dependiente</i>	1 Mujer 0 Hombre
<i>Edad de la persona dependiente</i>	1 Menor de 65 años 0 65 años y más
<i>Persona dependiente: jubilado</i>	1 Sí 0 No
<i>Persona dependiente: incapacitada</i>	1 Sí 0 No
<i>Persona dependiente: labores del hogar</i>	1 Sí 0 No



**Tabla 9.5: Descripción del modelo de independencia del Modelo 1**

	$\hat{\beta}_0$	S. E.	Wald	gl	$p$	$Exp(\hat{\beta}_0)$
Constante	2,50	0,15	282,63	1	0,000	12,16

En la tabla 9.5 se recoge la estimación de la constante del modelo junto con varios estadísticos asociados a esa estimación. El valor positivo de  $\hat{\beta}_0$  en escala logarítmica (2,50) indica que la proporción de cuidado informal ( $Y = 1$ ) es mayor que la de cuidado formal ( $Y = 0$ ). El coeficiente estimado en su escala natural es de 12,16 e indica la proporción de cuidado informal sobre cuidado formal (la *odds* del suceso “tipo de cuidado”). El modelo que incluye solamente la constante es el denominado modelo de independencia o modelo nulo.

En la tabla 9.6 se informa del nivel de significación estadística para cada coeficiente en caso de ser incluido en el modelo. El análisis realiza un contraste estadístico para cada coeficiente bajo la hipótesis nula  $\hat{\beta}_j = 0$ . Se observa que, con un nivel de significación del 5%, las variables en las que se rechaza la hipótesis nula son: “composición de hogar”, “edad de la persona de referencia”, “sexo del dependiente”, “edad del dependiente” y “dependiente: labores del hogar”. Por lo que, en principio, de las once variables introducidas esas cinco variables son las mejores candidatas para formar parte del modelo de regresión.

Además, en la tabla 9.6 está la información de la codificación de las variables predictoras indicando en cada caso cuál es la variable categórica de referencia. Esta codificación es la que se utilizará para la interpretación del efecto de los coeficientes de regresión en los resultados que se muestran en la Tabla 7. Es importante tener en cuenta que esta codificación no influye ni en las estimaciones de los coeficientes, ni en los errores típicos. Las categorías de las variables que tienen asignado un coeficiente se van a interpretar en relación a la categoría de referencia. En otras palabras, la *odds* de cada coeficiente se compara con la respectiva *odds* de la categoría de referencia, cuyo resultado es una *odds ratio* que viene reflejada por el valor de  $Exp(\hat{\beta}_j)$ .

En la última fila de la tabla 9.6 se muestran los estadísticos globales que permiten contrastar la hipótesis nula que indica ausencia de relación entre la variable criterio y las variables predictoras introducidas. Se aprecia que el nivel crítico obtenido permite rechazar dicha hipótesis nula, por lo que se puede mantener que existe relación estadística entre la variable criterio y las variables predictoras seleccionadas.

**Tabla 9.6: Significación de las variables elegidas en el Paso 0**

	Frecuencias	Puntuación	gl	Sig.
<i>Composición del hogar</i>		22,67***	4	0,000
(1): Pareja sola	145	12,63	1	0,000
(2): Pareja con hijos/as	163	8,22	1	0,004
(3): Padre o madre solo, con hijos/as	103	4,41	1	0,036
(4): Otro tipo de hogar	84	1,43	1	0,232
(Categoría de referencia): Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar	150			
<i>Clase social</i>		10,34	5	0,066
(1): Clase Social I	39	9,86	1	0,002
(2): Clase Social II	36	0,03	1	0,864
(3): Clase Social III	116	0,49	1	0,483
(4): Clase Social IV	88	0,53	1	0,466
(5): Clase Social V	261	0,31	1	0,580
(Categoría de referencia): Clase Social VI	105			
<i>Edad de la persona de referencia</i>		8,42**	3	0,038
(1): Menos de 45 años	54	0,35	1	0,554
(2): De 45 a 54 años	103	0,11	1	0,738
(3): De 55 a 64 años	159	5,96	1	0,015
(Categoría de referencia): 65 años y más	329			

**Tabla 9.6: Significación de las variables elegidas en el Paso 0 (continuación)**

	Frecuencias	Puntuación	gl	Sig.
<i>Estudios de la persona de referencia</i>		9,93	6	0,128
(1): No sabe leer o escribir	28	0,01	1	0,926
(2): Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta)	146	0,46	1	0,498
(3): Fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria (Educación Primaria completa)	123	0,06	1	0,804
(4): Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	184	2,68	1	0,101
(5): Estudios de Bachillerato	48	2,25	1	0,134
(6): Enseñanzas profesionales de grado medio y grado superior o equivalentes (Categoría de referencia): Estudios universitarios o equivalentes	59	0,07	1	0,790
<i>Persona de referencia: jubilado</i>				
(1): Sí	376	2,68	1	0,101
(Categoría de referencia): No	269			
<i>Persona de referencia: desempleo</i>				
(1): Sí	38	1,42	1	0,234
(Categoría de referencia): No	607			
<i>Sexo de la persona dependiente</i>				
(1): Mujer	364	4,85**	1	0,028
(Categoría de referencia): Hombre	281			
<i>Edad de la persona dependiente</i>				
(1): Menores de 65 años	232	7,13***	1	0,008
(Categoría de referencia): 65 años y más	413			
<i>Dependiente. Labores del hogar</i>				
(1): Sí	85	5,93**	1	0,015
(Categoría de referencia): No	560			
<i>Dependiente: incapacitado</i>				
(1): Sí	152	2,53	1	0,111
(Categoría de referencia): No	493			
<i>Dependiente: jubilado</i>				
(1): Sí	366	0,92	1	0,338
(Categoría de referencia): No	279			
<b>Estadísticos globales</b>		48,73***	25	0,003

Tal y como se ha comentado, se ha realizado una regresión logística binaria por pasos y concretamente el programa ha realizado diez pasos. El SPSS ha ido excluyendo las variables que no contribuían a mejorar el ajuste del modelo y, finalmente, en el décimo

paso se ha quedado con las variables que mejor explican el comportamiento de la variable criterio.

En la tabla 9.7 se encuentra resumida toda la información del modelo final y la bondad del ajuste. En la parte inferior de la tabla se observa la información referida a los estadísticos que permiten hacer una valoración global del modelo. Con respecto a la Desvianza de modelo, con 1% de significatividad se puede rechazar la hipótesis nula de que todos los coeficientes de regresión (menos la constante) valen 0 y por tanto las variables predictoras que quedan en el último paso permiten reducir significativamente el desajuste del modelo nulo. En relación con el estadístico  $R^2$  de Nagelkerke, se observa como el modelo propuesto reduce en un 10,4% el desajuste del modelo nulo. Y por último, con respecto a la prueba de Hosmer y Lemeshow, que contrasta la hipótesis nula de que las frecuencias pronosticadas por el modelo se aproximan a las observadas, concluimos que el ajuste del modelo es satisfactorio ( $\chi^2_{H-L} = 0,97$ ;  $p = 0,995$ ).

**Tabla 9.7. Resultados de la estimación del Modelo 1**

	$Exp(\beta_j)$	I.C. 95%	
		Inferior	Superior
<b>Sexo de la persona dependiente</b> (categoría de referencia “Hombre”)			
Mujer	0,451**	0,23	0,89
<b>Composición del hogar</b> (categoría de referencia “Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar”)			
Pareja sola	0,181***	0,05	0,64
Pareja con hijos/as	1,223	0,26	5,65
Padre o madre solo con hijos/as	0,267**	0,07	0,97
Otro tipo de hogar	0,680	0,175	2,642
Constante	48,362***		
Desvianza ( $G^2$ )	28,48 ( $p = 0,000$ )		
$R^2$ de Nagelkerke	0,104		
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,97 ( $p = 0,995$ )		

Nota: Niveles de significación \*10%, \*\*5%, \*\*\*1% Casos válidos: 645.

Las variables predictoras que no contribuyen estadísticamente a la elaboración del modelo son: “clase social”, “edad de la persona de referencia”, “estudios de la persona de referencia”, “persona de referencia: jubilada”, “persona de referencia: desempleo” “edad de la persona dependiente”, “dependiente: labores del hogar”, “dependiente: incapacitada” y “dependiente: labores del hogar”. El procedimiento iterativo de estimación ha excluido estas variables del modelo final.

A la hora de interpretar los coeficientes del modelo, lo primero que llama la atención es que de las once variables introducidas solo dos han resultado significativas. Este resultado confirma lo que se había identificado a nivel exploratorio y es que el cuidado informal es tan mayoritario que resulta difícil encontrar tendencias en la muestra que lleven a un tipo de cuidado o a otro. Estos datos sugieren que en muchos de los casos, el cuidado informal no es una decisión personal, que responde a la libertad de decisión de cuidadores/ as y personas dependientes, sino todo lo contrario, responde a una situación a la que se ven abocadas la mayoría de las familias del presente estudio por no contar con la ayuda estatal necesaria. Ya se observó en el análisis descriptivo que los ingresos mensuales de los hogares de estudio son bastante bajos, parece que no tenga alternativa al cuidado informal.

La explicación a la exclusión de las mencionadas variables predictoras, plantean algunas posibles interpretaciones. Por un lado, el cuidado informal está tan instaurado en la sociedad, que probablemente el status económico de las familias no influye en su elección. No existe una estructura de servicios de cuidados formales institucionalizados, extensos, ramificados, con la suficiente capilaridad territorial, ya sean públicos o privados, a la que el conjunto de familias puedan recurrir. Por lo que, incluso, hogares con un nivel económico alto, con posibilidades de contratar servicios de cuidados no disponen de la oferta adecuada. Es posible que éste haya sido el motivo de que las variables “clase social”, “estudios de la persona de referencia”, “persona de referencia: jubilada” o “persona de referencia: desempleo” no hayan resultado significativas. Por otro lado, se observa que salvo el sexo del dependiente, que se analizará más adelante, el resto de variables de la persona dependiente no influyen en el tipo de cuidado que recibe. Por ejemplo, con respecto a la edad del dependiente, los dependientes menores de 65 años y los de 65 años y más, a pesar de pertenecer a dos tipos de dependencia bastante dispares, con posible diferente causa, no muestran diferencias con respecto a la variable criterio.

Esto puede ser debido a que no se elige un tipo de cuidado en función de las necesidades del dependiente si no que el cuidado informal es el que está socialmente instaurado. Asimismo, las variables relacionadas con la actividad económica del dependiente tampoco se han mantenido en el modelo, esto puede ser por las mismas cuestiones referidas al nivel socioeconómico de los hogares.

Se han encontrado dos variables capaces de explicar las diferencias entre los dos tipos de cuidado, concretamente el estadístico de Wald considera variables significativas la “Composición del hogar” (Parejas solas (0,181;  $p < 0,001$ ) y Padre o madre solo con hijos/as (0,267;  $p < 0,05$ )) y el “Sexo de la persona dependiente” (0,451;  $p < 0,05$ ). Asimismo, en estos tres casos el resultado de los intervalos de confianza de cada coeficiente estimado, converge con el obtenido a partir del estadístico de Wald.

Las variables que sí se han mantenido en el modelo, podría decirse que ha sido por cuestiones “prácticas” y de género. Es decir, con respecto a la composición del hogar, a mayor número de personas en el hogar mayor probabilidad de cuidado informal. Este resultado sugiere que colaboran en el cuidado informal miembros de la familia de diferentes generaciones, por lo que se confirma lo mostrado en el capítulo 1 de la presente tesis, en el que se exponía que una solución a la crisis de cuidados a la que han recurrido las familias y en especial las mujeres, es a un reparto generacional, contando con la ayuda de abuelas y abuelos. Y, con respecto al sexo de la persona dependiente, el modelo ha encontrado que la probabilidad de recibir cuidado informal es mayor en los hombres dependientes que en las mujeres dependientes. Este resultado está en consonancia con otros estudios previos analizados, en los que se observa que los hombres reciben mayores cuidados informales por parte de mujeres, normalmente, de sus parejas, mientras que ellas reciben mayores atenciones por parte de otras mujeres de la familia. A continuación se profundiza en la interpretación de estas dos variables incluidas en el modelo.

Atendiendo a la categoría de referencia de cada variable se obtienen los siguientes resultados. Con respecto a la primera variable, “Sexo de la persona dependiente”, el valor de  $Exp(\beta_j)$  indica que el coeficiente  $\beta_j$  es negativo y que por tanto, la probabilidad de éxito ( $Y = 1$ ) que en este caso es la probabilidad de recibir cuidado informal es más probable en la categoría de referencia de la variable predictora, en este caso en los hombres dependientes. Por lo que con un grado de significatividad del 5%, se concluye

que la *odds* de recibir cuidado informal es mayor en los hombres dependientes que en las mujeres dependientes en un 54,9%. Este resultado está en consonancia con otros estudios previos analizados, en los que se observa que los hombres reciben mayores cuidados informales por parte de mujeres. Concretamente, la labor de cuidar a las personas mayores la realizan en su mayoría mujeres y estas actividades se ejecutan, en muchos casos, dentro de las familias y de manera no remunerada (Stark, 2005). Asimismo, los hombres reciben más cuidados por parte de sus parejas que las mujeres, mientras que ellas reciben mayores atenciones por parte de otras mujeres de la familia. De la misma forma cuando no hay otras mujeres disponibles para el cuidado informal de las mujeres el cuidado formal es la alternativa. Es destacable que esta tendencia se mantiene estable a lo largo de los años y en diferentes contextos.

Además, en el análisis descriptivo del apartado 4, se mostraba como el 20,4% de las mujeres dependientes de la muestra son mayores de 85 años y viven solas (frente al 9,6% de hombres de la misma categoría), por lo que resulta coherente la inclusión de la variable predictora “sexo del dependiente” en el modelo ya que las mujeres se ven más en la necesidad de recibir cuidados formales. Las mujeres tienen mayor esperanza de vida, por lo que, como ya se vio en el análisis descriptivo presentan mayores porcentajes de dependencia relacionada con la vejez y como los hombres tienen una menor esperanza de vida, las mujeres muestran en proporción un mayor número de hogares unipersonales.

En relación con la variable “Composición del hogar” se muestra como dos categorías de la variable (“Parejas solas” y “Padre o madre solo con hijos/as”) están significativamente relacionadas con la variable criterio. Por el contrario las otras dos categorías de la variable (“Pareja con hijos/as” y “Otro tipo de hogar”) no presentan coeficientes estadísticamente significativos. Por un lado, en el grupo de “Parejas solas” el valor de la  $Exp(\beta_j)$  indica que el coeficiente  $\beta_j$  es negativo y que por tanto, la probabilidad de recibir cuidado informal es más probable en la categoría de referencia de la variable predictora, es decir, en los hogares formados por “Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar”. Por lo que con un 1% de significatividad, se concluye que la *odds* de recibir cuidado informal es mayor en el hogar de referencia que en los hogares formados por parejas solas en un 81,9%. Se observa por tanto que en los hogares formados solo por dos personas es más probable el cuidado formal que en los hogares donde hay más de dos personas conviviendo.

La  $Exp(\beta_j)$  del grupo de “Padre o madre solo con hijos/as”<sup>61</sup> indica que el coeficiente  $\beta_j$  es negativo y que por tanto, la probabilidad de recibir cuidado informal es más probable en la categoría de referencia de la variable predictora, es decir, en los hogares formados por “Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar”. Con un 5% de significatividad, la odds de recibir cuidado informal es mayor en el hogar de referencia que en los hogares formados por “Padre o madre solo con hijos/as” en un 73,3%. El análisis de esta segunda categoría de la variable “Composición del hogar” confirma lo observado en la anterior categoría.

El análisis de la variable “Composición del hogar” muestra como a mayor número de miembros en el hogar en el que vive la persona dependiente, mayor probabilidad de recibir cuidado informal. Este resultado también confirma el importante papel que representan las familias en España, como en los otros modelos de Estado del Bienestar de tipo mediterráneo, en donde las familias son más extensas y por tanto hay más disponibilidad para ofrecer cuidado informal. Sin embargo, en la actualidad y desde hace tiempo la tendencia es a la reducción del número de miembros de los hogares por lo que en el futuro la necesidad de oferta pública de servicios de cuidados será cada vez más necesaria.

Frente al análisis descriptivo, el modelo logit también es un análisis exploratorio, ha permitido combinar o analizar conjuntamente toda la información y en este caso confirma lo que ya se había pronosticado aunque ahora con mayor control estadístico al analizar conjuntamente toda la información: que lo habitual es el cuidado informal, las características de los hogares y de los dependientes no son determinantes a la hora de elegir un tipo de cuidado u otro.

Adicionalmente, para evaluar la bondad del ajuste del Modelo 1 se han realizado diversos análisis para evaluar los residuos generados por el modelo, así como la presencia de casos extremos y/o atípicos influyentes. Siguiendo las recomendaciones de Hosmer y Lemeshow (2000) y de Pardo y Ruiz (2012), se han elaborado distintas puntuaciones para cada sujeto analizado a partir del Modelo 1. Estas puntuaciones han permitido la inspección gráfica de los residuos generados así como la posible influencia de casos

---

<sup>61</sup> Los hijos/as de esta categoría son de todas las edades, mayores o menores de 25 años.



atípicos en el ajuste global del modelo (la información detallada sobre esta evaluación se puede consultar en el ANEXO 2). Estas puntuaciones son las siguientes:

- $h_j$ : Puntos de influencia.
- $r_j$ : Residuos estandarizados.
- $z_j$ : Residuos normalizados de Pearson.
- $d_j$ : Residuos de desviación.
- $\pi_j^2$ : Probabilidades estimadas para cada sujeto.
- $\Delta B_j$ : Valores análogos a los estadísticos de influencia de Cook (valores de cambio en los coeficientes al eliminar el sujeto).
- $\Delta \chi_j^2$ : Cambio en chi – cuadrado si se elimina el sujeto.

$$\Delta \chi_j^2 = \frac{r_j^2}{(1-h_j)} = (ZRE - 1)^2$$

- $\Delta D_j$ : Cambio en el valor de desviación ( $-2LL$ ) si se elimina el sujeto.

$$\Delta D_j = \frac{d_j^2}{(1-h_j)}$$

En términos generales, la inspección de residuos y de valores atípicos indica una presencia escasa de casos que perjudican el ajuste de los distintos modelos. En primer lugar, los valores de cambio en  $\chi^2$  al eliminar cada caso ( $\Delta \chi_j^2$ ) se distribuyen de la siguiente forma: 18 casos con valores  $\Delta \chi_j^2 > 10$  (2,8%), 39 casos con valores  $\Delta \chi_j^2 > 5$  (6%) y 52 casos con valores  $\Delta \chi_j^2 > 3$  (8,1%). No obstante, aunque estas medidas sirven para realizar diagnósticos, Hosmer y Lemeshow (2000) recomiendan utilizar como punto de corte el valor 4, como aproximación al valor de  $\chi^2_{0,95} = 3,84$  para identificar patrones pobremente ajustados.

En este sentido, los valores de cambio en la desviación  $\Delta D_j$ , complementarios a los valores de cambio  $\Delta \chi_j^2$  aunque menos extremos, indican una presencia de casos con valores por encima de 4 poco elevada (un 4,2% del total de la muestra).

Por otro lado, sobre la inspección de los casos influyentes (Pardo y Ruiz, 2012), una cierta cantidad de valores análogos al estadístico de influencia de Cook ( $\Delta B_j$ ) superiores a 1, así como valores de los residuos estandarizados ( $r_j$ ) por debajo de -3 o por encima de 3, indican la necesidad de revisión. En este sentido, no existen casos en el Modelo 2 valores de  $\Delta B_j$  superiores a 1 ni valores de  $r_j$  fuera del límite recomendado. El

95,8% de los residuos estandarizados se encuentran dentro del rango (-2) y (2), encontrándose solamente un 4,2% de casos con valores  $-3 \geq r_j \geq -2$  y valores  $2 \geq r_j \geq 3$ .

### 9.3.- Resultados del Modelo 2: factores que impactan en la probabilidad de ser cuidador/a

El Modelo 2 es el resultado de ajustar un modelo de regresión logit para pronosticar qué variables condicionan y de qué manera que una persona sea cuidadora informal de un familiar dependiente<sup>62</sup>. A lo largo de esta tesis se ha mostrado como en el mundo la labor de cuidar a las personas dependientes la realizan en la mayoría de los casos las mujeres, sin embargo, se pretende profundizar más y dilucidar si otras características de las personas, como por ejemplo, su edad o actividad económica influyen también en su probabilidad de cuidar. Para realizar esta tarea, al igual que en el Modelo 1 se ha utilizado el procedimiento regresión logística binaria por pasos con la opción “hacia atrás” del programa SPSS.

**Tabla 9.8: Variable criterio**

<i>Nombre</i>	Cuidador/a informal
<i>Descripción</i>	¿Cuida a la persona dependiente del hogar?
<i>Tipo de variable</i>	Nominal/Dicotómica
<i>Valores</i>	1 – Sí (Frecuencia: 473 - 49,3%)
	0 – No (Frecuencia: 487 – 50,7%)

En la tabla 9.8 se muestra la asignación de código de la variable criterio, donde el valor 1 se corresponde con que la persona cuida del dependiente y el valor 0 con que no cuida del dependiente. En el modelo hay 960 casos incluidos en el análisis y un solo caso perdido. La muestra de esta variable es mayor que en el Modelo1 y de los 960 adultos que conviven con un familiar dependiente el 49,3% son sus cuidadores (50,7% no cuida). Por lo que en este segundo modelo la muestra está más repartida, lo cual facilita la búsqueda de características que determinen la probabilidad de ser o no cuidador/a informal.

<sup>62</sup> Se tienen en cuenta los hogares dónde solo hay un cuidador informal.

En la tabla 9.9 se presentan los diferentes valores y categorías de las variables predictoras categóricas que se seleccionaron previamente en el análisis exploratorio y que en este apartado se introducen en el modelo logit. No obstante, hay dos variables de las seleccionadas en el modelo exploratorio que se ha considerado que no deben formar parte del modelo para evitar problemas de colinealidad. Estas variables son labores del hogar y estudiando, en el caso de labores del hogar porque la mayoría son mujeres y en el caso de estudiando porque la mayoría de los estudiantes son menores de 34 años.

**Tabla 9.9: Variables predictoras seleccionadas para la regresión logística binaria**

<b>Nombres</b>	<b>Valores/categorías</b>
<i>Sexo</i>	1 Hombre 0 Mujer
<i>Edad</i>	1 Menos de 34 años 2 De 35 a 44 años 3 De 45 a 54 años 3 De 55 a 64 años 4 65 años y más
<i>Nivel de estudios</i>	1 Educación Primaria completa o inferior 2 Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental) 3 Estudios de Bachillerato 4 Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes 8 Estudios universitarios o equivalentes
<i>Trabajando</i>	1 Sí 0 No
<i>Desempleo</i>	1 Sí 0 No

**Tabla 9.10: Descripción del modelo de independencia del Modelo 2**

	$\hat{\beta}_0$	S. E.	Wald	gl	$p$	$Exp(\hat{\beta}_0)$
Constante	-0,03	0,06	0,20	1	0,651	0,97

En la tabla 9.10 se recoge la estimación de la constante (-0,03) del modelo nulo junto con varios estadísticos asociados a esa estimación. La tabla también incluye el nivel crítico ( $p$ ) resultante de contrastar la hipótesis nula de que el valor poblacional de la constante es cero. El valor negativo de  $\hat{\beta}_0$  indica que la proporción de cuidadores/as ( $Y = 1$ ) es menor que la de no cuidadores ( $Y = 0$ ). Y el valor de  $Exp(\hat{\beta}_0)$  significa la *odds* del suceso “Cuidador/a informal”, es decir, la proporción de cuidadores sobre no cuidadores.

En la tabla 9.11 se informa del nivel de significación estadística para cada coeficiente en caso de ser incluido en el modelo. Se observa que con un nivel de significación del 1% en el caso de “sexo”, “edad”, “trabajando” y “nivel de estudios” y del 10% en la variable “desempleo” se rechaza la hipótesis de que el efecto de estas variables es nulo. Por lo que, en principio, las cinco variables intruducidas son buenas candidatas para formar parte del modelo de regresión. En la última fila de la tabla se muestran los estadísticos globales que permiten contrastar la hipótesis de ausencia de relación entre la variable criterio y las variables predictoras introducidas. El nivel crítico obtenido permite rechazar la hipótesis nula, por lo que sí existe relación entre la variable criterio y las variables predictoras que se han elegido. Asimismo, en la Tabla 4 se encuentra señalada cuál es la categoría de referencia de cada variable, que como ya se indicó en el Modelo 1, es necesario conocerla para interpretar correctamente los resultados de la estimación de los coeficientes.

**Tabla 9.11: Significación de las variables elegidas en el Paso 0 del Modelo 2**

	Frecuencias	Puntuación	gl	p
<i>Sexo</i>				
(1): Hombre	440	240,89***	1	0,000
(Categoría de referencia): Mujer	520			
<i>Edad</i>				
(1): Menos de 34 años	207	134,90	1	0,000
(2): De 35 a 44 años	112	0,41	1	0,522
(3): De 45 a 54 años	171	6,19	1	0,013
(4): De 55 a 64 años	212	43,84	1	0,000
(Categoría de referencia): 65 años y más	258			
<i>Nivel de estudios</i>				
(1): Educación Primaria completa o inferior	351	5,860	1	0,015
(2): Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	339	0,451	1	0,502
(3): Estudios de Bachillerato	93	2,217	1	0,137
(4): Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	110	9,488	1	0,002
(Categoría de referencia): Estudios universitarios o equivalentes	67			
<i>Trabajando</i>				
(1): Sí	264	16,48***	1	0,000
(Categoría de referencia): No	696			
<i>Desempleo</i>				
(1): Sí	168	3,35*	1	0,067
(Categoría de referencia): No	792			
<b>Estadísticos globales</b>		363,462***	11	0,000

La última tabla de este apartado es la tabla 9.12 y en ella se encuentra la información necesaria para hacer una valoración global del modelo. Igual que en el Modelo 1, se ha realizado el análisis de regresión siguiendo un proceso iterativo por pasos. En la parte inferior de la misma se encuentran los datos de los estadísticos que permiten valorar la calidad del ajuste del modelo. Por un lado, la desviación tiene un nivel crítico menor que 0,005, por lo que se puede concluir que las variables predictoras incluidas en el modelo reducen significativamente el desajuste del modelo nulo. Más

concretamente, los predictores que componen el modelo reducen en un 48,2% el desajuste del modelo nulo ( $R^2$  de Nagelkerke = 0,482). El último estadístico de la valoración global del modelo es Hosmer-Lemeshow, contrasta la hipótesis nula de que las frecuencias pronosticadas por el modelo se aproximan a las observadas. Se acepta la hipótesis nula ( $\chi^2_{H-L} = 10,75$ ;  $p = 0,216$ ) por lo que el ajuste es satisfactorio.

En la parte superior de la tabla 9.12 se encuentra la información de la estimación de los coeficientes de regresión. Como ya se ha visto en el Modelo 1, el estadístico de Wald sirve para valorar la significación estadística de los coeficientes de regresión y, en este caso, se observa que el estadístico de Wald considera variables significativas “sexo” (0,084;  $p < 0,001$ ), “edad” (Menores de 34 años (0,081;  $p < 0,001$ ) y De 55 a 64 años (1,795;  $p < 0,05$ )) y estar “trabajando” (0,574;  $p < 0,05$ ). Asimismo, en todos estos casos, el resultado de los intervalos de confianza de cada coeficiente estimado, converge con el obtenido a partir del estadístico de Wald. La variable “nivel de estudios” se mantiene en el modelo pero no es significativa. La única variable que ha quedado fuera, por no favorecer el ajuste del modelo es “desempleo”.

**Tabla 9.12. Resultados de la estimación del Modelo 2**

	$Exp(\beta_j)$	I.C. 95%	
		Inferior	Superior
<b>Sexo</b> (categoría de referencia “Mujer”)			
Hombre	0,084***	0,06	0,12
<b>Edad</b> (categoría de referencia “65 años y más”)			
Menores de 34 años	0,081***	0,05	0,15
De 35 a 44 años	0,558	0,31	1,00
De 45 a 54 años	1,194	0,70	2,03
De 55 a 64 años	1,795**	1,12	2,88
<b>Trabajando</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí	0,574**	0,38	0,87
<b>Nivel de estudios</b> (categoría de referencia “Estudios universitarios o equivalentes”)			
Educación Primaria completa o inferior	0,530	0,26	1,06
Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	0,721	0,37	1,42
Estudios de Bachillerato	0,677	0,30	1,52
Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	0,589	0,27	1,28
Constante	7,813***		
Desvianza ( $G^2$ )	430,358 ( $p = 0,000$ )		
$R^2$ de Nagelkerke	0,482		
Prueba de Hosmer y Lemeshow	10,752 ( $p = 0,216$ )		

Nota: Niveles de significación \*10%; \*\*5%; \*\*\*1%. Casos válidos: 960.

Con respecto a la primera variable significativa, “Sexo”, el valor de la  $Exp(\beta_j)$  indica que el coeficiente  $\beta_j$  es negativo y que por tanto, la probabilidad de éxito ( $Y = 1$ ) que en este caso es la probabilidad de ser cuidador/a informal es más probable en la categoría de referencia de la variable predictora, en este caso en las mujeres. Por lo que con un grado de significatividad del 1%, la *odds* de ser cuidador informal es mayor en las

mujeres que en los hombres en un 91,6%. Este resultado viene a confirmar la idea fundamental de esta tesis, que el cuidado informal de las personas dependientes lo realizan en la mayoría de los casos mujeres. Como se expuso en el marco teórico, el hecho de que generalmente la responsabilidad de este trabajo no remunerado repercuta en las mujeres, influye en el aumento y mantenimiento de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Estas desigualdades acarrearán importantes consecuencias económicas y sociales para las mujeres.

En relación con la variable “Edad” vemos como dos categorías de la variable (“Menos de 34 años” y “De 55 a 64 años”) están significativamente relacionadas con la variable criterio. Por el contrario las otras dos categorías de la variable (“De 35 a 44 años” y “De 45 a 54 años”) no presentan coeficientes estadísticamente significativos.

Con respecto a la categoría “Menos de 34 años”, el valor de la  $Exp(\beta_j)$  indica que el coeficiente  $\beta_j$  es negativo y que por tanto, la probabilidad de éxito ( $Y = 1$ ) que en este caso es la probabilidad de ser cuidador/a informal, es más probable en la categoría de referencia de la variable predictora, es decir, en los que tienen 65 años o más. Concretamente, con un grado de significatividad del 1%, la odds de ser cuidador/a informal es mayor en el grupo de los mayores de 65 años que en el de los menores de 34 años en un 91,9%.

En relación con la categoría “De 55 a 64 años”, se observa como el valor de la  $Exp(\beta_j)$  indica que el coeficiente  $\beta_j$  es positivo y que por tanto, la probabilidad de éxito ( $Y = 1$ ) que en este caso es la probabilidad de ser cuidador/a informal, es más probable en la categoría “De 55 a 64 años”. Por lo que, con un 5% de significatividad la odds de ser cuidador/a informal es mayor en el grupo que tiene entre 55 y 64 años que en el de los de 65 años o más (categoría de referencia) en un 79,5%.

Estos resultados referidos a la edad confirman lo observado en el análisis descriptivo. A mayor edad, mayor probabilidad de ser cuidador/a, aunque la tendencia baja un poco a partir de los 65 años y la mayor probabilidad está entre los 55 y 64 años.



A continuación se analiza la única variable referida a la actividad económica, “Trabajando”. Tiene un  $Exp(\beta_j)$  que indica que el coeficiente  $\beta_j$  es negativo y que por tanto, la probabilidad de éxito ( $Y = 1$ ) que en este caso es la probabilidad de ser cuidador/a informal, es más probable en la categoría de referencia de la variable predictora, es decir, entre los que no están trabajando. Concretamente, con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador/a informal es mayor entre los que no trabajan frente a los que sí trabajan en un 41,1%. Tiene lógica pensar que tanto los hombres como las mujeres que no tienen trabajo tienen más probabilidad de convertirse en cuidadores de un dependiente. Asimismo, como las mujeres tienen menores tasas de actividad y de ocupación que los hombres, se verán abocadas con más probabilidad que ellos al cuidado informal.

Adicionalmente, para evaluar la bondad del ajuste del Modelo 2 se han realizado diversos análisis para evaluar los residuos generados por el modelo, así como la presencia de casos extremos y/o atípicos influyentes. Estos análisis se han realizado siguiendo el mismo procedimiento expuesto para el Modelo 1 (la información detallada sobre esta evaluación se puede consultar en el ANEXO 3).

En términos generales, la inspección de residuos y de valores atípicos indica una presencia escasa de casos que perjudican el ajuste de los distintos modelos, incluso con mejor comportamiento que el comentado para el Modelo 1. En primer lugar, los valores de cambio en  $\chi^2$  al eliminar cada caso ( $\Delta\chi^2_j$ ) se distribuyen de la siguiente forma: 4 casos con valores  $\Delta\chi^2_j > 10$  (0,4%), 20 casos con valores  $\Delta\chi^2_j > 5$  (2,1%) y 87 casos con valores  $\Delta\chi^2_j > 3$  (9,1%). Los valores de cambio en la desviación  $\Delta D_j$ , complementarios a los valores de cambio  $\Delta\chi^2_j$  aunque menos extremos, indican una presencia de casos con valores por encima de 4 poco elevada (un 1,3% del total de la muestra).

Por otro lado, sobre la inspección de los casos influyentes (Pardo y Ruiz, 2012), no existen casos en el Modelo 2 valores de  $\Delta B'_j$  superiores a 1 ni valores de  $r_j$  fuera del límite recomendado (valores por debajo de -3 o superiores a 3). El 98,8% de los residuos estandarizados se encuentran dentro del rango (-2) y (2), encontrándose solamente un 1,3% de casos con valores  $-3 \geq r_j \geq -2$  y valores  $2 \geq r_j \geq 3$ .

## 9.4.- Variaciones del Modelo 2

En este apartado se divide la muestra en grupos en función de diferentes características de los hogares y de los dependientes con los que viven los adultos del Modelo 2; se replica el Modelo 2 para cada una de esas muestras y se compara. En primer lugar, la tabla 9.13 muestra el Modelo 2 para los hombres y para las mujeres. En la tabla 9.15 la muestra está dividida por edad del adulto. En la tabla 9.17 la muestra se divide por el sexo del dependiente, y en la tabla 9.19 por la edad del dependiente. En la tabla 9.21 por tipo de hogar y por último, la tabla 9.23 por nivel de ingresos mensuales del hogar.

**Tabla 9.13: Modelo 2 por sexo del adulto**

	<i>Exp(<math>\beta_j</math>)</i>		
	Total	Mujeres	Hombres
<b>Sexo</b> (categoría de referencia “Mujer”)			
Hombre	0,084***		
<b>Edad</b> (categoría de referencia “65 años o más”)			
Menores de 34 años	0,081***	0,101***	0,079***
De 35 a 44 años	0,558*	0,529	0,623
De 45 a 54 años	1,194	2,013	0,863
De 55 a 64 años	1,795**	3,290***	1,169
<b>Trabajando</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí	0,574**	1,834	0,277***
<b>Desempleo</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí		1,977	
<b>Labores del hogar</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí		2,824***	
<b>Nivel de estudios</b> (categoría de referencia “Estudios universitarios o equivalentes”)			
Educación Primaria completa o inferior	0,530		0,231***
Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	0,721		0,228***
Estudios de Bachillerato	0,677		0,209***
Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	0,589		0,251**
<b>Constante</b>	7,813***	2,065***	2,236*
Casos válidos	960	520	440
Desviación ( $G^2$ )	430,358***	149,442***	67,874***
$R^2$ de Nagelkerke	0,482	0,361	0,219
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,216	0,950	0,685

Nota: Niveles de significación \*10%; \*\*5%; \*\*\*1%

En la realización de los modelos separados por sexos (tabla 9.13), se ha incorporado la variable labores del hogar, ya que en este caso no hay riesgo de que exista colinealidad con la variable sexo.

El modelo compuesto por las mujeres presenta dos variables significativas: edad y labores del hogar<sup>63</sup>. En relación con edad, se observa que, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidadora informal, es mayor entre las mujeres de 65 años o más que entre las menores de 34 años en un 89,9%. Asimismo, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidadora informal, es mayor entre las mujeres que tienen de 55 a 64 años que entre las de 65 años o más en un 229%, este porcentaje es mucho más alto que para la muestra total, por lo que las mujeres cuidadoras se concentran más que los hombres en el grupo de 55 a 64 años. En términos generales, en la muestra de mujeres la situación con respecto a la edad se mantiene, a mayor edad mayor probabilidad de ser cuidadora aunque los mayores porcentajes están entre los 45 y 64 años, sufriendose un descenso a partir de los 65 años. Lógicamente a partir de esa edad aumenta el riesgo de pasar a formar parte del grupo de dependientes.

En relación con labores del hogar, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidadora informal es mayor entre las mujeres que se dedican a labores del hogar que las que no en un 182,4%. Con respecto a la actividad económica se observa como en la muestra formada solo por las mujeres, ya no aparece la variable trabajando significativa. Es decir, que de entre todas las actividades económicas lo que realmente influye a las mujeres para ser cuidadoras es no es ser ama de casa.

Las variables significativas en el caso de los hombres son: edad, trabajando y nivel de estudios. Las dos primeras coinciden con el modelo general, sin embargo el nivel de estudios es la primera vez que sale significativo. En cuanto a la edad, entre los hombres con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, es mayor entre los de 65 años o más que entre las menores de 34 años en un 92,1%. Con este resultado se confirma que los hombres a mayor edad mayor probabilidad de ser cuidadores, sobre todo a partir de que se jubilan. Además en el caso de ellos ya no aparece significativa la categoría de 55 a 64 años, por lo que la mayoría de cuidadores tienen 65 años o más.

---

<sup>63</sup> Desempleo también está en el modelo pero no es significativa.

Con respecto a la actividad económica se observa como la muestra formada por hombres, solo obtiene una actividad significativa, trabajando. Con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, es mayor entre los que no están trabajando que entre los que sí están trabajando en un 72,3%. A diferencia de lo que ocurre con las mujeres, lo que influye a los hombres para ser cuidador es estar o no trabajando.

En comparación con el modelo global, al dividir la muestra por sexos, en el caso de los hombres, aparece por primera vez la variable nivel de estudios en el modelo. Se observa que en todos los casos con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal es más mayor entre los hombres que tienen estudios universitarios que entre los que no. Concretamente con respecto a los que tienen Educación Primaria completa o inferior es un 76,9% mayor la *odds* de ser cuidador informal entre los universitarios. El mismo porcentaje para los que tienen Enseñanza Secundaria de Primera etapa es de un 77,2%, para los que tienen Estudios de Bachillerato un 79,1% y los que tienen Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes un 74,9%.

Este dato resulta muy interesante, está reflejando que los hombres con un mayor nivel educativo tienen mayor probabilidad de cuidar. Tiene lógica pensar que un mayor nivel cultural puede hacer que los hombres no consideren las tareas de cuidados una cuestión de responsabilidad femenina y que por tanto quieran participar en las tareas de cuidados.

Observando el  $R^2$  de Nagelkerke el modelo propuesto en las mujeres reduce en mayor medida el desajuste del modelo nulo que el modelo aplicado para la submuestra de hombres. En los dos casos el valor de Hosmer y Lemeshow lleva a aceptar la hipótesis nula, por lo que el ajuste en ambos modelos es satisfactorio.

La Tabla 9.14 recoge el porcentaje de residuos y de valores atípicos que no contribuyen a mejorar el ajuste de los modelos analizados. La presencia de este tipo de valores es escasa, aportando mayor consistencia a la prueba global de ajuste de los modelos. No se incluyen los gráficos sobre este tipo de diagnósticos en Anexos a partir de ahora por simplificar la lectura de este informe.

**Tabla 9.14: Presencia de residuos y casos atípicos en función del grado en el que contribuyen al ajuste global de los modelos propuestos**

Índices de diagnóstico		Mujeres		Hombres	
$\Delta\chi^2_j$	> 10	8	1,5%	5	1,1%
	> 5	28	5,4%	15	3,4%
	> 3	35	6,7%	21	4,8%
	3 o menos	485	93,3%	419	95,2%
	Total	520	100%	440	100,0%
$\Delta D_j$	> 4	17	3,3%	10	2,3%
	4 o menos	503	96,7%	430	97,7%
$\Delta B'_j$	> 1	0	0%	0	0%
$r_j$	Entre -3 y 3	520	100,0%	440	100,0%
	Entre -2 y 2	503	96,7%	430	97,7%

**Tabla 9.15: Modelo 2 por edad del adulto**

$Exp(\beta_j)$

	Total	Menores de 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	65 años o más
<b>Sexo</b> (categoría de referencia “Mujer”)						
Hombre	0,084***	0,107***	0,107***	0,024***	0,037***	0,168***
<b>Edad</b> (categoría de referencia “65 años o más”)						
Menores de 34 años	0,081***					
De 35 a 44 años	0,558*					
De 45 a 54 años	1,194					
De 55 a 64 años	1,795**					
<b>Trabajando</b> (categoría de referencia “No”)						
Sí			0,397**	0,304**	0,476*	
<b>Estudiando</b> (categoría de referencia “No”)						
Sí		0,230**				
<b>Nivel de estudios</b> (categoría de referencia “Estudios universitarios o equivalentes”)						
Educación Primaria completa o inferior	0,53			0,079		0,154
Enseñanza Secundaria de Primera etapa	0,721			0,163		0,136
Estudios de Bachillerato	0,677			0,407		0,130
Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	0,589			0,227		0,068
<b>Constante</b>	7,813***	0,471***	3,274***	89,467***	15,194***	20,304***
Casos válidos	960	207	112	171	212	258
Desviación ( $G^2$ )	430,358***	29,935***	31,788***	101,227***	94,160***	49,855***
$R^2$ de Nagelkerke	0,482	0,246	0,330	0,601	0,506	0,236
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,216	0,642	0,152	0,477	0,798	0,883

Nota: Niveles de significación \*10%; \*\*5%; \*\*\*1%

En la realización de los modelos distinguiendo por edad (tabla 9.15) se ha podido introducir la variable estudios, ya que al no estar la edad en el modelo ya no hay riesgo de colinealidad.

A casi todos los grupos de edad les impacta el sexo y estar o no trabajando. Las diferencias aparecen en el grupo de menor edad donde, como es lógico, la variable que influye es estar estudiando y en el de mayor edad donde, lógicamente, desaparece la variable trabajando.

En los menores de 34 años, se observa que con respecto al sexo, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los menores de 34 años, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 89,3%. Además en este grupo la única actividad económica que influye es si están o no estudiando. A partir de este grupo es la variable “trabajando” es la que impacta. Con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los menores de 34 años, es mayor entre los que no están estudiando que entre los que sí en un 77%.

En el colectivo de 35 a 44 años, en relación con la variable sexo, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los que tienen de 35 a 44 años, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 89,3%. Casualmente coincide con el porcentaje del grupo de menores de 34 años. Por otro lado, con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los que tienen de 35 a 44 años, es mayor entre los que no están trabajando que entre los que sí en un 60,3%.

En el siguiente grupo, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los que tienen de 45 a 54 años, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 97,6%. Y con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los que tienen de 45 a 54 años, es mayor entre los que no están trabajando que entre los que sí en un 69,6%.

En el grupo de 55 a 64 años, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los que tienen de 55 a 64 años, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 96,3%. Asimismo, con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal,

en los que tienen de 55 a 64 años, es mayor entre los que no están trabajando que entre los que sí en un 52,4%.

En el colectivo de los que tienen 65 años o más, la única variable significativa es el sexo y se observa que con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los que tienen 65 años o más, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 83,2%.

La variable sexo está presente en todos los grupos y siempre las mujeres tienen mayor probabilidad de cuidar. En el grupo de edad donde la probabilidad de cuidar de las mujeres frente a los hombres es un poco menor es en el de 65 años o más. Por otro lado, el grupo de edad donde influye más estar trabajando o no es el comprendido entre los 45 y 54 años.

Observando el  $R^2$  de Nagelkerke el modelo que reduce en mayor medida el desajuste del modelo nulo es el de los adultos entre 45 y 54 años. En todos los casos el valor de Hosmer y Lemeshow lleva a aceptar la hipótesis nula, por lo que el ajuste en los diferentes modelos es satisfactorio.

La Tabla 9.16 recoge el porcentaje de residuos y de valores atípicos que no contribuyen a mejorar el ajuste de los modelos analizados. La presencia de este tipo de valores es escasa, aportando mayor consistencia a la prueba global de ajuste de los modelos.



**Tabla 9.16: Presencia de residuos y casos atípicos en función del grado en el que contribuyen al ajuste global de los modelos propuestos**

Índices de diagnóstico		< de 34 años		De 35 a 44 años		De 45 a 54 años		De 55 a 64 años		65 años o más	
$\Delta\chi^2_j$	> 10	4	1,9%	0	0,0%	4	2,3%	7	3,3%	0	0,0%
	> 5	6	2,9%	1	0,9%	11	6,4%	10	4,7%	0	0,0%
	> 3	6	2,9%	11	9,8%	13	7,6%	15	7,1%	25	9,7%
	3 o menos	201	97,1%	101	90,2%	158	92,4%	197	92,9%	233	90,3%
	Total	207	100,0%	112	100,0%	171	100,0%	212	100,0%	258	100,0%
$\Delta D_j$	> 4	6	2,9%	1	0,9%	11	6,4%	10	4,7%	0	0,0%
	4 o menos	201	97,1%	111	99,1%	160	93,6%	202	95,3%	258	100,0%
$\Delta B'_j$	> 1	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
$r_j$	Entre -3 y 3	206	99,5%	112	100,0%	171	100,0%	212	100,0%	258	100,0%
	Entre -2 y 2	200	96,6%	111	99,1%	160	93,6%	202	95,3%	258	100,0%

**Tabla 9.17: Modelo 2 por sexo del dependiente**

	<i>Exp(<math>\beta_j</math>)</i>		
	Total	Dependiente Mujer	Dependiente Hombre
<b>Sexo</b> (categoría de referencia “Mujer”)			
Hombre	0,084***	0,064***	0,045***
<b>Edad</b> (categoría de referencia “65 años o más”)			
Menores de 34 años	0,081***	0,035***	0,039***
De 35 a 44 años	0,558*	0,418*	0,122***
De 45 a 54 años	1,194	0,854	0,541
De 55 a 64 años	1,795**	1,117	1,371
<b>Trabajando</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí	0,574**	0,419***	
<b>Desempleo</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí			2,097*
<b>Nivel de estudios</b> (categoría de referencia “Estudios universitarios o equivalentes”)			
Educación Primaria completa o inferior	0,530		
Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	0,721		
Estudios de Bachillerato	0,677		
Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	0,589		
<b>Constante</b>	7,813***	9,762***	3,861***
Casos válidos	960	464	354
Desviación ( $G^2$ )	430,358***	219,558***	202,429***
$R^2$ de Nagelkerke	0,482	0,503	0,581
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,216	0,761	0,806

Nota: Niveles de significación \*10%; \*\*5%; \*\*\*1%

En la tabla 9.17 se observa que en los hogares con dependiente mujer las variables significativas son sexo, edad y trabajando. Con un 1% de significatividad %, la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente mujer, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 93,6%. Por otro lado, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los menores de

34 años en un 96,5%. Con un 10% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, es mayor entre los adultos mayores 65 años o más que entre los que tienen de 35 a 44 años en un 58,2%.

Con respecto a la actividad económica, en los hogares con dependiente mujer, la única actividad que influye a los adultos del hogar para ser o no cuidadores/as es trabajando. Con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal en hogares con dependiente mujer es mayor entre los que no están trabajando que entre los que si en un 58,1%.

En los hogares con dependiente hombre, las variables significativas son sexo, edad y desempleo. Con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente hombre, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 95,5%. Por otro lado, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente hombre, es mayor en los que tienen 65 años o más que en los menores de 34 años en un 96,1%. Además, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente hombre, es mayor en los de 65 años o más que los que tienen entre 35 y 44 años en un 87,8%.

Con respecto a la actividad económica, en el caso de ser el dependiente un hombre, la variable que influye es estar en desempleo. Con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal en hogares con dependiente hombre es mayor entre los/as que están en desempleo que entre los que no en un 109,7%.

Independientemente del sexo del dependiente se mantiene el sexo y la edad como variables determinantes. Cuando el dependiente es mujer influye la variable trabajando probablemente porque es más probable que sean cuidadas por hombres. En el caso de que el dependiente es hombre la actividad económica que influye es estar o no en desempleo.

Observando el  $R^2$  de Nagelkerke el modelo propuesto en el caso de los dependientes hombres, reduce en mayor medida el desajuste del modelo nulo que el modelo aplicado para la submuestra de mujeres dependientes. En los dos casos el valor de Hosmer y Lemeshow lleva a aceptar la hipótesis nula, por lo que el ajuste en ambos modelos es satisfactorio.

La Tabla 9.18 recoge el porcentaje de residuos y de valores atípicos que no contribuyen a mejorar el ajuste de los modelos analizados. La presencia de este tipo de valores es escasa, aportando mayor consistencia a la prueba global de ajuste de los modelos.

**Tabla 9.18: Presencia de residuos y casos atípicos en función del grado en el que contribuyen al ajuste global de los modelos propuestos**

Índices de diagnóstico		Dependiente mujer		Dependiente hombre	
$\Delta\chi^2_j$	> 10	10	2,2%	4	1,1%
	> 5	20	4,3%	21	5,9%
	> 3	27	5,8%	33	9,3%
	3 o menos	437	94,2%	321	90,7%
	Total	464	100,0%	354	100,0%
$\Delta D_j$	> 4	10	2,2%	10	2,8%
	4 o menos	454	97,8%	344	97,2%
$\Delta B'_j$	> 1	0	0%	0	0%
$r_j$	Entre -3 y 3	464	100,0%	353	99,7%
	Entre -2 y 2	454	97,8%	343	97,2%

**Tabla 9.19: Modelo 2 por edad del dependiente**

	<i>Exp(β<sub>j</sub>)</i>		
	Total	Dependiente menor de 65 años	Dependiente 65 años o más
<b>Sexo</b> (categoría de referencia “Mujer”)			
Hombre	0,084***	0,066***	0,073***
<b>Edad</b> (categoría de referencia “65 años o más”)			
Menores de 34 años	0,081***	0,166***	0,019***
De 35 a 44 años	0,558*	0,486	0,186***
De 45 a 54 años	1,194	1,963	0,546
De 55 a 64 años	1,795**	2,621**	0,866
<b>Trabajando</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí	0,574**	0,446*	0,586
<b>Desempleo</b> (categoría de referencia “No”)			
Sí			1,252
<b>Nivel de estudios</b> (categoría de referencia “Estudios universitarios o equivalentes”)			
Educación Primaria completa o inferior	0,530		
Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	0,721		
Estudios de Bachillerato	0,677		
Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	0,589		
<b>Constante</b>	7,813***	4,993***	7,186***
Casos válidos	960	274	544
Desviación ( $G^2$ )	430,358***	137,852***	280,162***
$R^2$ de Nagelkerke	0,482	0,527	0,537
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,216	0,824	0,021

Nota: Niveles de significación \*10%; \*\*5%; \*\*\*1%

En la tabla 9.19 se observa que en los hogares con dependiente menor de 65 años, influyen las variables sexo, edad y trabajando. Con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente menor de 65 años, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 93,4%. Asimismo, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente menor de 65 años, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los menores de 34 años en un 83,4%. De la misma forma, con un 5% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente menor de 65 años, es mayor entre las que tienen de 55 a 64 años que entre las de 65 años o más en un 162,1%.

En relación con la actividad económica, se observa como trabajo es la única actividad que influye. Con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal en hogares con dependiente menor de 65 años es mayor entre los que no están trabajando que entre los que sí en un 55,4%.

En los hogares con dependiente de 65 años o más solo influye el sexo y la edad. Con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente de 65 años o más, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 92,7%. Con respecto a la edad, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente de 65 años o más, es mayor entre los adultos mayores de 65 años que entre los menores de 34 años en un 98,1%. Con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con dependiente de 65 años o más, es mayor entre los adultos mayores de 65 años que entre los que tienen de 35 a 44 años en un 81,4%. Se observa como conforme aumenta la edad la probabilidad de cuidar a un dependiente de 65 años o más, va aumentando con respecto a los adultos mayores de 65 años. No obstante, esa probabilidad es siempre superior en los adultos mayores de 65 años.

Con respecto a la actividad económica, en los hogares donde el dependiente tiene 65 años o más solo influye el sexo y la edad. Las variables trabajando y desempleo están en el modelo pero no son significativas. Por otro lado, los hombres tienen más probabilidad de cuidar a dependientes de 65 años o más que a dependientes menores de 65 años. Las mujeres, son las que mayor probabilidad de cuidar a un dependiente tienen, tanto a los dependientes de 65 años o más, como a los menores de 65 años.

Observando el  $R^2$  de Nagelkerke el modelo propuesto en el caso de los dependientes de 65 años o más, reduce en mayor medida el desajuste del modelo nulo que el modelo aplicado para la submuestra de dependientes menores de 65 años. Sin embargo, en ese modelo el valor de Hosmer y Lemeshow lleva a rechazar la hipótesis nula, por lo que en ese sentido el ajuste no es satisfactorio. En el caso de los dependientes menores de 65 años el valor de Hosmer y Lemeshow lleva a aceptar la hipótesis nula, por lo que el ajuste en ese modelo sí es satisfactorio.

La Tabla 9.20 recoge el porcentaje de residuos y de valores atípicos que no contribuyen a mejorar el ajuste de los modelos analizados. La presencia de este tipo de valores es escasa, aportando mayor consistencia a la prueba global de ajuste de los modelos.

**Tabla 9.20: Presencia de residuos y casos atípicos en función del grado en el que contribuyen al ajuste global de los modelos propuestos**

Índices de diagnóstico		Dependiente < 65 años		Dependiente $\geq$ 65 años	
$\Delta\chi^2_j$	> 10	8	2,9%	13	2,4%
	> 5	10	3,6%	30	5,5%
	> 3	23	8,4%	41	7,5%
	3 o menos	251	91,6%	503	92,5%
	Total	274	100,0%	544	100,0%
$\Delta D_j$	> 4	10	3,6%	22	4,0%
	4 o menos	264	96,4%	522	96,0%
$\Delta B'_j$	> 1	0	0%	0	0%
$r_j$	Entre -3 y 3	274	100,0%	543	99,8%
	Entre -2 y 2	264	96,4%	521	96,0%

**Tabla 9.21: Modelo 2 por tipo de hogar <sup>(1)</sup>**

	<i>Exp(<math>\beta_j</math>)</i>			
	Total	Pareja con hijos/as <sup>(2)</sup>	Padre o madre solo, con hijos/as	Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar
<b>Sexo</b> (categoría de referencia “Mujer”)				
Hombre	0,084***	0,044***	0,149***	0,045***
<b>Edad</b> (categoría de referencia “65 años o más”)				
Menores de 34 años	0,081***	0,305**	0,094***	0,162**
De 35 a 44 años	0,558*	1,667	2,897	0,918
De 45 a 54 años	1,194	4,327***	2,253	2,373
De 55 a 64 años	1,795**	4,260***	1,442	2,645
<b>Trabajando</b> (categoría de referencia “No”)				
Sí	0,574**			
<b>Desempleo</b> (categoría de referencia “No”)				
Sí				
<b>Nivel de estudios</b> (categoría de referencia “Estudios universitarios o equivalentes”)				
Educación Primaria completa o inferior	0,530			
Enseñanza Secundaria de Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	0,721			
Estudios de Bachillerato	0,677			
Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	0,589			
<b>Constante</b>	7,813***	1,968**	9,933***	1,228
Casos válidos	960	249	111	199
Desviación ( $G^2$ )	430,358***	128,527***	35,138***	85,200***
$R^2$ de Nagelkerke	0,482	0,542	0,419	0,497
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,216	0,820	0,884	0,812

Nota: Niveles de significación 10% \*, 5% \*\*, 1% \*\*\*

<sup>(1)</sup> No se ha incluido “otro tipo de hogar”, por la dificultad de interpretar esa categoría.

<sup>(2)</sup> Hijos/as de todas las edades.



Cuando se divide la muestra por tipos de hogar (tabla 9.21) las únicas variables que resultan significativas y que además se mantienen en todos los casos son: sexo y edad.

En relación con el primer grupo, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en hogares formados por parejas con hijos/as, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 95,6%. Con respecto a la edad, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con formados por parejas con hijos/as, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los menores de 34 años en un 69,5%. Con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares formados por parejas con hijos/as, es mayor entre las que tienen de 45 a 54 años que entre las de 65 años o más en un 332,7%. Con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares formados por parejas con hijos/as, es mayor entre las que tienen de 55 a 64 años que entre las de 65 años o más en un 326,0%.

Con respecto al segundo grupo, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal en hogares formados por padre o madre solo con hijos/as, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 85,1%. Asimismo, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares formados por padre o madre solo con hijos/as, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los menores de 34 años en un 90,6%.

Para el grupo de “Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar”, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en hogares formados por pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 95,4%. En relación con la edad, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares formados por pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los menores de 34 años en un 83,8%.

En todos los tipos de hogar las mujeres tienen mucha más probabilidad de ser cuidadoras, en el hogar donde los hombres tienen un poco más de probabilidad, aunque nunca superior a las mujeres es en los hogares formados por padre o madre solo, con hijos/as.

Observando el  $R^2$  de Nagelkerke el modelo que reduce en mayor medida el desajuste del modelo nulo es el formado por “parejas con hijos/as”. En todos los casos el valor de Hosmer y Lemeshow lleva a aceptar la hipótesis nula, por lo que el ajuste en los diferentes modelos es satisfactorio.

La tabla 9.22 recoge el porcentaje de residuos y de valores atípicos que no contribuyen a mejorar el ajuste de los modelos analizados. La presencia de este tipo de valores es escasa, aportando mayor consistencia a la prueba global de ajuste de los modelos.

**Tabla 9.22: Presencia de residuos y casos atípicos en función del grado en el que contribuyen al ajuste global de los modelos propuestos**

Índices de diagnóstico		Pareja con hijos/as		Padre o madre solo, con hijos/as		Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar	
$\Delta\chi^2_j$	> 10	6	2,4%	2	1,8%	3	1,5%
	> 5	11	4,4%	5	4,5%	6	3,0%
	> 3	16	6,4%	9	8,1%	14	7,0%
	3 o menos	233	93,6%	102	91,9%	185	93,0%
	Total	249	100,0%	111	100,0%	199	100,0%
$\Delta D_j$	> 4	11	4,4%	6	5,4%	6	3,0%
	4 o menos	238	95,6%	105	94,6%	193	97,0%
$\Delta B'_j$	> 1	0	0%	1	0,0%	0	0%
$r_j$	Entre -3 y 3	249	100,0%	111	100,0%	198	99,5%
	Entre -2 y 2	238	95,6%	105	94,6%	192	97,0%

**Tabla 9.23: Modelo 2 por nivel de ingresos mensuales del hogar**

<i>Exp(<math>\beta_j</math>)</i>					
	Total	1.050 euros o menos	De 1.051 a 1.850 euros	De 1.851 a 2.700 euros	Más de 2.701 euros
<b>Sexo</b> (categoría de referencia “Mujer”)					
Hombre	0,084***	0,053***	0,102***	0,024***	0,044***
<b>Edad</b> (categoría de referencia “65 años o más”)					
Menores de 34 años	0,081***	0,022***	0,115***	0,000 <sup>(1)</sup>	0,000 <sup>(1)</sup>
De 35 a 44 años	0,558*	0,160***	0,393**	0,736	0,327
De 45 a 54 años	1,194	0,462	1,024	2,910	3,704
De 55 a 64 años	1,795**	0,998	2,156**	3,180	3,374
<b>Trabajando</b> (categoría de referencia “No”)					
Sí				0,189**	
<b>Nivel de estudios</b> (categoría de referencia “Estudios universitarios o equivalentes”)					
Educación Primaria completa o inferior	0,53			0,026***	
Enseñanza Secundaria de				0,202*	
Primera etapa (ESO, EGB, Bachillerato Elemental)	0,721				
Estudios de Bachillerato	0,677			0,058**	
Enseñanzas profesionales de grado medio, superior o equivalentes	0,589			0,507	
<b>Constante</b>	7,813***	29,274***	3,421**	43,534***	2,553
Casos válidos	960	214	311	139	60
Desviación ( $G^2$ )	430,358***	111,653***	118,664***	97,525***	39,741***
$R^2$ de Nagelkerke	0,482	0,556	0,423	0,681	0,662
Prueba de Hosmer y Lemeshow	0,216	0,903	0,804	0,211	0,403

Nota: Niveles de significación 10% \*, 5% \*\*, 1% \*\*\*

<sup>(1)</sup>El elevado grado de desagregación de la variable, genera que en esta categoría haya muy pocos sujetos y, por tanto, problemas de estimación.

Al diferenciar por niveles de ingresos (tabla 9.23) las variables que se mantienen son sexo y edad. Sólo en la categoría comprendida entre 1.851 a 2.700 euros también influye el nivel de estudios y la actividad económica trabajando.

En primer lugar, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en hogares con ingresos mensuales de 1.050 euros o menos, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 94,7%. De la misma forma, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con ingresos mensuales de 1.050 euros o menos, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los menores de 34 años en un 97,8%. Y, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con ingresos mensuales de 1.050 euros o menos, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los que tienen de 35 a 44 años en un 84%.

En segundo lugar, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en hogares con ingresos mensuales de 1.051 a 1.850 euros, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 89,8%. En relación con la edad, con un 1% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con ingresos mensuales de 1.051 a 1.850 euros, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los menores de 34 años en un 88,5%. Con un 5% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con ingresos mensuales de 1.051 a 1.850 euros, es mayor entre los adultos de 65 años o más que entre los que tienen de 35 a 44 años en un 60,7%. Con un 5% de significatividad la *odds* de ser cuidador informal, en los hogares con ingresos mensuales de 1.051 a 1.850 euros, es mayor entre los que tienen de 55 a 64 años que los de 65 años o más en un 115,6%.

En tercer lugar, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en hogares con ingresos mensuales de 1.851 a 2.700 euros, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 97,6%. A diferencia de los otros grupos, en este caso influye la actividad económica trabajando. Con un 5% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal en hogares con ingresos mensuales de 1.851 a 2.700 euros, es mayor entre los que no están trabajando que entre los que sí en un 81,1%. Con respecto al nivel de estudios, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en hogares con ingresos mensuales de 1.851 a 2.700 euros, es mayor en los adultos con estudios universitarios frente a Educación Primaria completa en un 97,4%.

Con un 10% de significatividad, la odds de ser cuidador informal, en hogares con ingresos mensuales de 1.851 a 2.700 euros, es mayor en los adultos con estudios universitarios frente a Enseñanza Secundaria de Primera etapa en un 79,8%.

En cuarto, y último lugar, con un 1% de significatividad, la *odds* de ser cuidador informal, en hogares con ingresos mensuales superiores a 2.701 euros, es mayor en las mujeres que en los hombres en un 95,6%.

Los hombres se involucran más en el cuidado en hogares de rentas entre 1.051 a 1.850 euros, aunque incluso en ese caso las mujeres tienen mucha más probabilidad de ser cuidadoras. En los hogares con las rentas más altas desaparece la variable edad y la única variable que influye es el sexo.

Observando el  $R^2$  de Nagelkerke el modelo que reduce en mayor medida el desajuste del modelo nulo es el formado por los hogares con ingresos mensuales de 1.851 a 2.700 euros. En todos los casos el valor de Hosmer y Lemeshow lleva a aceptar la hipótesis nula, por lo que el ajuste en los diferentes modelos es satisfactorio.

La Tabla 9.24 recoge el porcentaje de residuos y de valores atípicos que no contribuyen a mejorar el ajuste de los modelos analizados. La presencia de este tipo de valores es escasa, aportando mayor consistencia a la prueba global de ajuste de los modelos.

**Tabla 9.24: Presencia de residuos y casos atípicos en función del grado en el que contribuyen al ajuste global de los modelos propuestos**

Índices de diagnóstico		1.050 € o menos		De 1.051 a 1.850 €		De 1.851 a 2.700 €		Más de 2.701 €	
$\Delta\chi^2_j$	> 10	4	1,9%	1	0,3%	2	1,4%	1	1,7%
	> 5	4	1,9%	7	2,3%	6	4,3%	2	3,3%
	> 3	9	4,2%	24	7,7%	8	5,8%	2	3,3%
	3 o menos	205	95,8%	287	92,3%	131	94,2%	58	96,7%
	Total	214	100,0%	311	100,0%	139	100,0%	60	100,0%
$\Delta D_j$	> 4	4	1,9%	7	2,3%	6	4,3%	2	3,3%
	4 o menos	210	98,1%	304	97,7%	133	95,7%	58	96,7%
$\Delta B'_j$	> 1	0	0%	0	0%	0	0%	2	0,3%
$r_j$	Entre -3 y 3	214	100,0%	311	100,0%	139	100,0%	60	100,0%
	Entre -2 y 2	210	98,1%	304	97,7%	133	95,7%	58	96,7%

## 9.5.- Recapitulación

Con el análisis econométrico se ha confirmado que el cuidado informal en España es muy mayoritario. Con respecto a las variables que determinan el tipo de cuidado se ha mostrado que son: composición del hogar y el sexo de la persona dependiente. Del análisis del Modelo 1 se interpreta que a mayor número de personas en el hogar, mayor probabilidad de cuidado informal. En relación con el sexo de la persona dependiente, el Modelo 1 ha encontrado que la probabilidad de recibir cuidado informal es mayor en los hombres dependientes que en las mujeres dependientes.

Con respecto al Modelo 2, en síntesis, se observa como el sexo es determinante en todas las muestras, las mujeres cuidan más en todas las categorías. La edad también se ha mostrado como influyente para ser cuidador/a informal, a mayor edad, mayor probabilidad de cuidar. Las actividades económicas que en algunos de los casos han resultado significativas son: trabajando, labores del hogar, desempleo y estudiando. También se ha comprobado que en el caso de los hombres las características que les incrementan la probabilidad de ser cuidadores son: tener 65 o más años, poseer estudios

universitarios, no estar trabajando y pertenecer a un hogar con unos ingresos mensuales netos de entre 1.051 a 1.850 euros.

## **PARTE IV: CONCLUSIONES**

En este apartado se sintetizan las principales conclusiones de las distintas partes de la tesis y se contrastan las hipótesis de la investigación.



## Capítulo 10: Conclusiones

El objetivo principal de esta tesis ha sido examinar el trabajo de cuidados en España, identificando sus principales características y tratando de esclarecer cuáles son los factores implicados en este trabajo. Más concretamente, se ha pretendido determinar cuál es el peso que tiene el cuidado informal, quién realiza este trabajo, cómo son las personas dependientes y qué características tienen las personas que cuidan de manera informal.

Las dos primeras partes de la tesis han servido para encuadrar teóricamente el tema de estudio. En la parte 1, el primer capítulo se ha centrado en exponer los principales conceptos del análisis. Se ha partido de los primeros estudios sobre trabajo doméstico y de cuidados, en los que se hacía patente la necesidad de demostrar cómo este tipo de actividades colocaban a las mujeres en una posición de clara desventaja frente a los hombres. Y, más adelante, se ha profundizado en el concepto de *social care*, con el objetivo de llegar más allá, sin perder de vista la dimensión de género, abordando también los componentes referidos a las necesidades y el bienestar personal y lograr así un instrumento para realizar análisis más generales de los Estados del Bienestar. De esta forma, las tres principales dimensiones del concepto *social care* que se tienen en cuenta a lo largo de esta tesis son:

1. Los cuidados son un trabajo y por tanto, las condiciones en las que se desarrolle este trabajo merecen ser analizadas. De esto se deriva que es un trabajo que puede ser remunerado o no, formal o informal y nos lleva a plantearnos por tanto, cuál es el papel del Estado del Bienestar a este respecto.
2. Los cuidados se desarrollan en un marco normativo de obligación y responsabilidad. No son como cualquier otro trabajo, en el sentido de que se desarrollan bajo condiciones de relaciones y responsabilidades sociales y/o familiares. Así, el Estado del Bienestar con actuaciones referidas a este respecto va a influir en cómo se desarrollen los cuidados, cambiando o manteniendo conductas.

3. Tienen costes financieros y emocionales que traspasan la frontera entre lo público y lo privado. Lo cual lleva al planteamiento de en quién deben recaer los costes, en el individuo, la familia o el Estado, o si debe haber un reparto entre ellos.

Una vez expuestos los conceptos fundamentales del análisis, en el segundo capítulo de la parte 1, se analizan los cuidados en la ciencia económica. En líneas generales, la escuela clásica no consideró a las mujeres como agentes económicos, pero, a pesar de que el trabajo femenino no contó con la consideración necesaria, en estas teorías sí se hacía evidente la relación entre la producción de bienes y la producción de personas, vínculo que en las teorías posteriores se perdió. Efectivamente, se excluyó del análisis económico la subsistencia de la reproducción humana y, en consecuencia, a las personas que se ocupan de las actividades domésticas y de cuidados. De esta manera, las variables como el nivel de vida, el conflicto de clases, las desigualdades de género, la familia o el Estado son elementos que los neoclásicos consideraron peculiaridades separadas que no necesitan ser estudiadas.

Sin embargo, autores/as clásicos como John Stuart Mill, Harriet Taylor Mill y Barbara Bodichon sí mostraron en su obra un planteamiento totalmente diferente reconociendo, entre otras cuestiones, la eficiencia y productividad del trabajo doméstico. Por otro lado, las primeras aportaciones referidas al trabajo de cuidados desde la Economía Feminista surgieron en los años noventa del siglo XX, en gran medida influenciadas por la sociología. Las primeras aportaciones se publicaron en la revista *Feminist Economics*, y como autoras pioneras destacan Susan Himmelweit y Nancy Folbre.

En la segunda parte de esta investigación, a lo largo de los capítulos 3, 4, 5 y 6 se han estudiado los modelos de cuidados de los Estados del Bienestar europeos. Con respecto a los cuidados de larga duración, de manera general en Europa se pueden distinguir dos patrones. Por un lado, un modelo caracterizado por el cuidado informal, en este modelo el Estado solo ofrece apoyo económico a los más desfavorecidos y otorga el peso de los cuidados a la familia. Ejemplos de este modelo son España, Italia, Alemania y Francia. Por otro lado, el segundo modelo está basado en los servicios. En este caso el Estado proporciona a través de la creación de instalaciones una prestación generalizada

de servicios diseñados para sustituir el cuidado informal en la atención a personas dependientes. Destacan en este caso Suecia, Holanda y Reino Unido.

Asimismo, se han analizado los casos particulares de Escocia y de España y se ha encontrado que a pesar de ser dos regiones europeas diferentes con políticas de cuidados distintas, muestran un volumen de cuidados informales (en su mayoría de mujeres) muy alto. Esto se debe a dos factores principales: 1) en las dos regiones la perspectiva de género estuvo muy poco presente en la creación y en la aplicación de las políticas y 2) los gobiernos de las diferentes regiones no le han prestado la importancia que se merece a la grave crisis de cuidados en la que nos encontramos.

En todos los países estudiados se observa que se está produciendo una presión social hacia las políticas de cuidados, esto es debido a que la situación se enmarca en una progresiva disminución de los recursos de cuidados de los familiares y a una paulatina reducción de recursos de financiación de los servicios públicos. En líneas generales, en Europa ha habido un incremento de la cobertura, se está fomentando la atención domiciliaria frente a los servicios residenciales y las políticas son cada vez más universalistas. No obstante, continúan los problemas de financiación, que en definitiva no son más que falta de voluntad política, por lo que se incrementan los copagos (favoreciendo sistemas cada vez más regresivos) y se recurre más a las prestaciones monetarias (ya que el fomento del cuidado informal es mucho más barato). Se ha incrementado mucho la introducción de cuasi mercados junto con el aumento de las prestaciones monetarias, situación que los defensores del libre mercado encuentran como la más beneficiosa. Sin embargo, la privatización de los servicios públicos entraña numerosos riesgos y las consecuencias de las prestaciones monetarias para el bienestar de las mujeres son muy negativas.

En relación con el papel que desempeña el cuidado informal en los sistemas nacionales de cuidados europeos, se han encontrado importantes diferencias según el modelo de Estado del Bienestar que se estudie. Mientras que los países mediterráneos se sustentan sobre los cuidados informales, en los escandinavos las redes informales actúan como un complemento a su amplia cobertura institucional. Por su parte, los modelos continental y liberal se presentan en una situación intermedia a los dos anteriores (aunque

el continental se asemeja más al escandinavo, mientras que el liberal es más parecido al mediterráneo).

Por otro lado, se ha observado que la presencia femenina es mayoritaria en todos los Estados europeos. Esto sucede también en los grupos de población avanzada, donde la implicación en el cuidado informal es mayor. Por ello, se puede afirmar que el papel desempeñado en las redes informales europeas por el colectivo de mujeres envejecidas resulta cuando menos indispensable. Además, al analizar por separado los modelos del Estado del Bienestar, se observa que en el caso mediterráneo la feminización del cuidado informal es considerablemente más significativa que en el resto de las naciones estudiadas, siendo esta desigualdad aún más pronunciada en los grupos de edades avanzadas. Por último, la implicación femenina también es mayor en el caso del cuidado informal intensivo, es decir, cuando se requiere un gran número de horas dedicadas a estas tareas. Todo ello contribuye a poner de relieve la situación de debilidad en la que queda el grupo de población de mujeres mayores.

A continuación se exponen las principales conclusiones de la parte 3 de esta tesis, la referida al estudio empírico.

### **Conclusiones relacionadas con el análisis descriptivo**

En el capítulo 8 de esta investigación se ha realizado un análisis descriptivo para tener una visión general de la muestra de estudio. Mediante esta primera aproximación se caracterizó a los hogares con dependientes, en función del tipo de hogar, la principal fuente de ingreso, el intervalo de ingreso mensual neto, la clase social, y el sexo de la persona de referencia. Asimismo, se estudian las características de las personas dependientes y de las personas que son cuidadoras informales, atendiendo a su sexo, edad, tipo de hogar, nivel de estudios y actividad económica. A continuación se presentan las principales conclusiones del análisis descriptivo.

#### *Con respecto a las características de los hogares*

- El análisis permite concluir lo siguiente: 1) predominan los hogares de clase social baja, 2) la proporción de hogares con un ingreso mensual neto igual o inferior a

los 1.050 euros es muy alta y 3) los ingresos provienen fundamentalmente del trabajo o de pensiones por jubilación o viudedad.

- Los hogares con un dependiente tienen peor situación socioeconómica que los hogares sin dependiente, presentan una mayor proporción de clases bajas, de ingreso mensual neto igual o inferior a los 1.050 euros y mayores ingresos provenientes de pensiones por jubilación o viudedad que de ingresos por el trabajo.
- A su vez, la situación socioeconómica empeora si el dependiente es mayor de 65 años, en este caso además la proporción de hogares unipersonales y parejas solas es mayor y el ingreso por pensión de invalidez o incapacidad tiene una menor representación que en los hogares con un dependiente menor de 65 años. Esta situación podría estar relacionada con el hecho de que los dependientes mayores de 65 años lo son más por vejez que por una discapacidad concreta debida a accidentes, enfermedad o de nacimiento. Asimismo, los hogares con dependiente mayor de 65 años tienen mayor proporción de cuidado formal. Se deduce que las necesidades de estos dependientes cada vez requieren de una mayor especialización médica y por tanto se incrementa el porcentaje de cuidado formal.

#### *En relación con los hogares según el sexo de la persona de referencia (PR)*

- Independientemente de la edad hay muchos más hombres que mujeres como persona de referencia del hogar. Además, en la mayoría de los hogares donde la PR es una mujer, se trata de hogares compuestos por una sola mujer o por una mujer e hijos/as. Por tanto, en general, las mujeres no son PR porque aporten más dinero al hogar, sino porque no hay un hombre en el mismo, lo cual refleja las peores condiciones de las mujeres en el mercado laboral.
- El ingreso mensual neto de las mujeres que son PR es, en promedio, inferior al de los hombres.
- Existe una proporción mayor de mujeres que de hombres con estudios universitarios, pero duplican la tasa masculina de analfabetismo.
- Y, por último, con respecto a la actividad económica destacan las situaciones “trabajando”, “jubilado” y “desempleo” en ambos sexos, aunque el porcentaje de

hombres trabajando y en desempleo es mayor que el de las mujeres, y las mujeres presentan una proporción muy alta de dedicación a “labores del hogar”.

#### *En relación a las personas dependientes*

- Más de la mitad de personas dependientes tienen 65 o más años. Además, el 80% de éstos superan los 75 años. Con estos datos se puede constatar que el fenómeno de la dependencia está muy ligado a la vejez y se agudiza a medida que avanza la edad.
- Más de la mitad son mujeres. Por tanto, se trata de un fenómeno femenino. Además, conforme aumenta la edad también aumenta la proporción de mujeres en esta situación.
- El nivel educativo de los hombres dependientes es superior al de las mujeres.
- Con respecto a la actividad económica, las categorías mayoritarias son: jubilados, incapacitados (aunque las hombres duplican la tasa femenina) y labores del hogar (la representación masculina es sólo del 0,8% y la de las mujeres es del 22,1%).
- En relación con la composición del hogar, se ha observado que los hogares compuestos por mujeres mayores dependientes tienen un tamaño más reducido, llegando a tener un porcentaje muy alto de hogares unipersonales (el 20,4% de las mujeres dependientes mayores de 85 años viven solas). Por último, se observa que las personas dependientes, reciben mayoritariamente cuidado informal (80-90%), independientemente de su edad o sexo.

#### *Con respecto a los y las cuidadoras informales*

- La mayoría de los cuidadores informales son mujeres (70%) y el grupo de edad mayoritario está entre los 55 y 64 años. En el caso de los hombres cuidadores el grupo mayoritario tiene más de 65 años.
- La mayoría de los cuidadores no tienen estudios de bachillerato, aunque el porcentaje de hombres con estudios superiores es mayor que el de las mujeres.
- Hay un gran porcentaje de cuidadores que están jubilados, aunque en las mujeres el grupo mayoritario se dedica a labores del hogar.

- Solo el 10% de cuidadores lleva cuidando menos de un año, el 43% lleva cuidando de 1 a 5 años, e incluso algunos llevan 20 años siendo cuidadores/as. Por tanto, el cuidado que ofrecen puede definirse como un cuidado de larga duración.
- La media de horas de cuidado al día de lunes a viernes mayoritaria está entre 19 y 24 horas y para los sábados y domingos las proporciones más altas están entre los/as que cuidan una media de 1 a 12 horas o de 13 a 24 horas. Por tanto, se trata de una actividad muy intensiva que ocupa muchas horas.

#### *En relación a los cuidadores de apoyo*

- Aunque en menor proporción que en el caso de los cuidadores principales, siguen habiendo más cuidadores/as de apoyo mujeres que hombres.
- El grupo de edad mayoritario en las mujeres es de mayores de 65 años y el de los hombres de entre 55 y 64 años.
- El 66,6% de los hombres y el 71,8% de las mujeres no tienen estudios de bachillerato. Por tanto, predominan los niveles de estudios bajos.
- Hay más personas trabajando que jubiladas y las diferencias por sexos de los cuidadores principales se mantienen.
- No hay ningún hombre dedicado a las labores del hogar. En el caso de las mujeres, el porcentaje asciende al 32,3%.
- En relación con la composición de los hogares, en el colectivo masculino destacan las parejas con todos los hijos mayores de 25 años y en el femenino el grupo de parejas con algún hijo menor de 25 años.

En síntesis, se observa como estos resultados apoyan lo analizado a lo largo de esta tesis: en España, las personas dependientes no cuentan con el apoyo institucional que necesitan y el cuidado informal es el principal recurso del que disponen. Los servicios públicos no se han adaptado a estas demandas y la Ley de Dependencia no ha logrado los objetivos que se proponía. Resulta ineludible poner de relieve la necesidad de cobertura pública de cuidados para este grupo social, que además de sufrir las dificultades relacionadas con la dependencia, cuentan con unas condiciones económicas precarias. Las políticas de austeridad derivadas de la crisis económica suponen un importante impedimento para que esta situación cambie en un futuro próximo.

El análisis confirma que el modelo de cuidados en España pertenece al denominado modelo mediterráneo con unos porcentajes de cuidado informal altísimos, en el que no existe una red institucional adecuada, dado que en la mayoría de los casos son las mujeres las responsables del cuidado. Esta evidencia debería servir para impulsar una reorientación de las políticas públicas que ayuden a reducir las desigualdades de género que origina esta situación.

### **Conclusiones relacionadas con el análisis econométrico**

El capítulo 9 de esta tesis se dedica al análisis econométrico. Se plantearon dos modelos *logit* generales y una serie de versiones del segundo modelo.

Mediante el primer modelo se identificaron los factores y características que influyen en la tipología de cuidados (formal o informal) que reciben los dependientes. A pesar de que se ha visto que el cuidado informal es mayoritario, se plantea este modelo con el objetivo de profundizar en el sistema español e intentar descubrir qué variables determinan que un dependiente reciba un tipo de cuidado u otro. Para ello se plantean como posibles variables predictoras aquellas que tienen que ver con las características de la persona dependiente, con el hogar en el que viven y con las persona de referencia del hogar. En este contexto se formularon las siguientes hipótesis:

1. Las características del hogar determinan el tipo de cuidado por el que se opta (formal o informal).
  - 1.1. Los hogares con niveles económicos más bajos tienen mayor probabilidad de cuidado informal que los hogares con niveles económicos más elevados.
  - 1.2. Los hogares compuestos por un número mayor de miembros tienen mayor probabilidad de cuidado informal que los hogares compuestos por pocas personas.
2. Las características del dependiente determinan el tipo de cuidado que recibe (formal o informal).
  - 2.1. Los hombres dependientes tienen mayor probabilidad de recibir cuidados de tipo informal que las mujeres dependientes.



2.2. Los/as dependientes menores de 65 años tienen más probabilidad de recibir cuidado de tipo informal.

Las principales conclusiones derivadas de este análisis se presentan a continuación:

- Solo dos de las once variables introducidas en el modelo sirven para explicar la elección de un tipo de cuidado u otro. Así, se confirma lo observado en el análisis descriptivo: el cuidado informal está muy extendido y resulta muy difícil encontrar tendencias que lleven hacia un tipo de cuidado u otro. Cabe suponer, debido a que el nivel socioeconómico de estos hogares es muy bajo, que la elección del cuidado informal no responde tanto a la preferencia por este tipo de cobertura, sino a la falta de alternativas.
- ¿Qué variables no han resultado significativas?
  - Por un lado, las variables relacionadas con el nivel socioeconómico de las familias. Algunas posibles interpretaciones son que el cuidado informal está tan instaurado en la sociedad, que probablemente el status económico de las familias no influye en su elección. No existe una estructura de servicios de cuidados formales institucionalizados, extensos, ramificados, con la suficiente capilaridad territorial, ya sean públicos o privados, a la que el conjunto de familias puedan recurrir. Por lo que, incluso, hogares con un nivel económico alto, con posibilidades de contratar servicios de cuidados no disponen de la oferta adecuada.
  - Por otro lado, salvo el sexo del dependiente el resto de variables relacionadas con las características de la persona dependiente tampoco han resultado significativas. Por ejemplo, con respecto a la edad del dependiente, los menores de 65 años y los mayores de 65 años, a pesar de pertenecer a dos tipos de dependencia bastante dispares, con posible diferente causa, no muestran diferencias con respecto a la variable criterio, por lo que no se puede confirmar la hipótesis 2.2. Esto puede ser debido a que no se elige un tipo de cuidado en función de las necesidades del dependiente si no que el cuidado informal es el que está socialmente establecido. Asimismo, las variables relacionadas con la actividad

económica del dependiente tampoco se han mantenido en el modelo, esto puede ser por las mismas cuestiones referidas al nivel socioeconómico de los hogares. Con este resultado se observa que no se puede confirmar la hipótesis 1.1.

- ¿Qué variables sí han resultado significativas? El análisis, a pesar de contar con una muestra tan tendente al cuidado informal, ha sido capaz de encontrar dos variables determinantes: el tipo de hogar y el sexo del dependiente.
  - Con respecto a la composición del hogar, el modelo determina que a mayor número de personas en él, mayor probabilidad de cuidado informal, con lo que se confirma la hipótesis 1.2. Concretamente, la probabilidad de recibir cuidado informal es más probable en los hogares formados por “Pareja, padre o madre solo con hijo/a menor de 25 años y otras personas viviendo en el hogar” que en los hogares formados por “Parejas solas” o por “Padre o madre solo con hijos/as”. Una interpretación a estos resultados es la posible colaboración de diferentes generaciones, situación que cada vez es menos habitual. En la actualidad y desde hace tiempo la tendencia es a la reducción del número de miembros de los hogares por lo que en el futuro la necesidad de oferta pública de servicios de cuidados va a ser cada vez más necesaria.
  - En relación con el sexo de la persona dependiente, el modelo ha encontrado que la probabilidad de recibir cuidado informal es mayor en los hombres dependientes que en las mujeres dependientes, confirmándose de esta manera la hipótesis 2.1. Este resultado está en consonancia con otros estudios previos analizados, en los que se observa que los hombres reciben mayores cuidados informales por parte de mujeres, normalmente, de sus parejas, mientras que ellas reciben mayores atenciones por parte de otras mujeres de la familia. Es destacable que esta tendencia se mantiene estable a lo largo de los años y en diferentes contextos. Además, en el análisis descriptivo del capítulo 8, se mostraba como el 20,4% de las mujeres dependientes de la muestra son mayores de 85 años y viven solas (frente al 9,6% de hombres de la misma categoría), por lo que resulta

coherente la inclusión de la variable predictora “sexo del dependiente” en el modelo ya que las mujeres se ven más en la necesidad de recibir cuidados formales. Éstas tienen una mayor esperanza de vida, por lo que, como ya se ha visto en el análisis descriptivo, presentan mayores porcentajes de dependencia relacionada con la vejez y como los hombres tienen una menor esperanza de vida, las mujeres muestran, en proporción, un mayor número de hogares unipersonales.

En definitiva con respecto al Modelo 1, se ha confirmado que el cuidado informal en España es muy mayoritario. Las variables que determinan el tipo de cuidado son: composición del hogar y el sexo de la persona dependiente. El Modelo 1 ha determinado que a mayor número de personas en el hogar, mayor probabilidad de cuidado informal y, que, en relación con el sexo de la persona dependiente, la probabilidad de recibir cuidado informal es mayor en los hombres dependientes que en las mujeres dependientes.

Con respecto al Modelo 2, éste es el resultado de ajustar un modelo de regresión *logit* para pronosticar qué variables condicionan y de qué manera que una persona sea cuidadora informal de un familiar dependiente. A lo largo de esta tesis ha quedado patente que en el mundo la labor de cuidar a las personas dependientes la realizan en la mayoría de los casos las mujeres, sin embargo, se pretende profundizar más y dilucidar, qué otras características de las personas influyen en su probabilidad de cuidar. Para ello además de realizar un modelo general, se divide la muestra en diferentes grupos atendiendo a algunas categorías diferenciadoras, como por ejemplo, sexo, edad o tipo de hogar. El objetivo es encontrar diferencias entre estos colectivos, como por ejemplo, investigar si entre las mujeres o entre los hombres hay diferencias en las variables que incrementan su probabilidad de cuidar. Igualmente, estas divisiones de la muestra van a permitir observar, si para las diferentes circunstancias se mantiene el sexo como variable determinante, o si por el contrario existen variaciones.

En este contexto se plantearon las siguientes hipótesis:

3. Las características personales determinan la probabilidad de ser cuidador/a informal de un familiar dependiente.
  - 3.1. Ser mujer incrementa la probabilidad de ser cuidadora, frente a los hombres.

- 3.2. La probabilidad de convertirse en cuidador/a aumenta con la edad.
- 3.3. La actividad económica que se realiza influye en la probabilidad de ser cuidador/a informal.
  - 3.3.1. La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que no están trabajando
  - 3.3.2. La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que están en desempleo
  - 3.3.3. La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as que se dedican a labores del hogar
  - 3.3.4. La probabilidad de cuidar es mayor entre los/as estudiantes.
- 3.4. La probabilidad de ser cuidador/a informal disminuye conforme se incrementa el nivel de estudios.
- 4. En todas las versiones del Modelo 2 (submuestras por edad, por sexo del dependientes, por edad del dependientes, por tipo de hogar, o por nivel de ingresos) la probabilidad de cuidar de las mujeres es superior a la de los hombres.

Las conclusiones sobre el Modelo 2 y sus versiones se exponen a continuación:

- De las cinco variables introducidas en el Modelo 2, tres han resultado significativas: sexo, edad, y trabajando. El nivel de estudios y estar o no en desempleo no han resultado significativas en este modelo general, por lo que para este caso no se pueden confirmar las hipótesis 3.3.2 y 3.4. Sin embargo, más adelante se muestra como en algunas de las versiones del Modelo 2 sí han resultado significativas.
  - Como era de esperar, con respecto a la variable sexo, se confirma la hipótesis 3.1, ya que la probabilidad de ser cuidador/a informal es mucho más probable en las mujeres que en los hombres. Este resultado viene a confirmar la idea fundamental de esta tesis, que el cuidado informal de las personas dependientes lo realizan en la mayoría de los casos mujeres. Como se expuso en el marco teórico, el hecho de que generalmente la responsabilidad de este trabajo no remunerado repercuta en ellas, influye en el mantenimiento de las desigualdades sociales y económicas que existen entre hombres y mujeres.
  - En relación con la variable edad, se confirma la hipótesis 3.2 ya que, por un lado se observa como la probabilidad de ser cuidador/a informal, es más probable en el grupo de los que tienen 65 años o más que en el de los

menores de 34. Asimismo, la probabilidad de ser cuidador/a informal, es más probable en el grupo que tiene entre 55 y 64 años que en el de 65 años o más. Estos resultados referidos a la edad confirman lo observado en el análisis descriptivo, a mayor edad, mayor probabilidad de ser cuidador/a, aunque la tendencia baja un poco a partir de los 65 años y la mayor probabilidad está entre los 55 y 64 años.

- La variable trabajando, la única referida a la actividad económica muestra como la probabilidad de ser cuidador/a informal, es más probable entre los que no trabajan frente a los que sí lo hacen. De esta forma se confirma la hipótesis 3.3.1, este es un resultado lógico ya que en principio estar trabajando reduce la disponibilidad de tiempo para ser cuidador/a informal.

Con respecto a las versiones del Modelo 2 tenemos seis categorías en las que se divide la muestra: 1) por el sexo del adulto, 2) por edad del adulto, 3) por sexo del dependiente, 4) por edad del dependiente 5) por tipo de hogar y 6) por nivel de ingresos mensuales del hogar.

*La comparación por sexo del adulto muestra:*

- El modelo compuesto por las mujeres presenta dos variables significativas: edad y labores del hogar.
  - La probabilidad de ser cuidadora informal, es mayor entre las mujeres de 65 años o más que entre las menores de 34 años y la probabilidad de ser cuidadora informal, es mayor entre las mujeres que tienen de 55 a 64 años que entre las mayores de 65 años. La probabilidad en este último caso es mayor que para la muestra general, por lo que las mujeres cuidadoras se concentran más que los hombres en el grupo de 55 a 64 años. En términos generales, en la muestra de mujeres la situación con respecto a la edad se mantiene, a mayor edad mayor probabilidad de ser cuidadora aunque los mayores porcentajes están entre los 45 y 64 años, sufriendose un descenso a partir de los 65 años. Lógicamente a partir de esa edad aumenta el riesgo de pasar a formar parte del grupo de dependientes.

- Con respecto a la actividad económica se observa como en la muestra formada solo por las mujeres, ya no aparece la variable trabajando significativa, sino que la que aparece es labores del hogar. Concretamente la probabilidad de ser cuidadora informal es mucho mayor entre las mujeres que se dedican a labores del hogar que entre las que no, confirmándose de esta manera la hipótesis 3.3.3. El hecho de que a las mujeres no les afecte estar trabajando para cuidar y a los hombres sí, es un ejemplo de que la doble jornada laboral es más un fenómeno femenino.
- Las variables significativas en el caso de los hombres son: edad, trabajando y nivel de estudios. Las dos primeras coinciden con el modelo general, sin embargo el nivel de estudios es la primera vez que sale significativo.
  - En cuanto a la edad, la probabilidad de ser cuidador informal, es mayor entre los que tienen 65 años o más que entre las menores de 34 años. Con este resultado se confirma que los hombres a mayor edad mayor probabilidad de ser cuidadores, sobre todo a partir de que se jubilan. Además en el caso de ellos ya no aparece significativa la categoría de 55 a 64 años, por lo que la mayoría de cuidadores tienen 65 años o más.
  - Con respecto a la actividad económica se observa como la muestra formada por hombres, solo obtiene una actividad significativa, trabajando. La probabilidad de ser cuidador informal, es mayor entre los que no están trabajando que entre los que sí lo están. A diferencia de lo que ocurre con las mujeres, lo que influye a los hombres para ser cuidadores es estar o no trabajando.
  - En comparación con el modelo global, al dividir la muestra por sexos, en el caso de los hombres, aparece por primera vez la variable nivel de estudios en el modelo. Se observa que para todos los niveles de estudio, la probabilidad de ser cuidador informal es mayor entre los hombres que tienen estudios universitarios que entre los que no. Este dato resulta muy interesante, está reflejando que los hombres con un mayor nivel educativo tienen mayor probabilidad de cuidar y de esta manera también, al contrario de lo esperado, no se confirma la hipótesis 3.4. Sin embargo, tiene lógica pensar que un mayor nivel cultural puede hacer que los hombres no

consideren las tareas de cuidados una cuestión de exclusiva responsabilidad femenina y que por tanto quieran participar en las tareas de cuidados.

*Con respecto a los modelos distinguiendo por edad:*

- Independientemente de la edad, a todos los grupos les impacta el sexo y a casi todos estar o no trabajando. Las diferencias aparecen en el grupo de menor edad donde, como es lógico, la variable que influye es estar estudiando y en el de mayor edad donde, desaparece la variable trabajando.
  - La probabilidad de ser cuidador informal en los menores de 34 años, es mayor entre los que no están estudiando que entre los que sí, por lo que la hipótesis 3.3.4. no se pudo aceptar.
  - La variable sexo está presente en todos los grupos y siempre las mujeres tienen mayor probabilidad de cuidar. En el grupo de edad donde la probabilidad de cuidar de las mujeres frente a los hombres es un poco menor es en el de los mayores de 65 años.
  - Por otro lado, el grupo de edad donde influye más estar trabajando o no, es el comprendido entre los 45 y 54 años.
  - En el colectivo de los mayores de 65 años, la única variable significativa es el sexo.

*En relación con los modelos distinguiendo por sexo del dependiente:*

- En los hogares con dependiente mujer las variables significativas son sexo, edad y trabajando. En este caso influye la variable trabajando probablemente porque es más probable que sean cuidadas por hombres, los cuales, si no trabajan tienen más probabilidad de cuidar.
- Por el contrario, en los hogares con dependiente hombre, las variables significativas son sexo, edad y desempleo. En el caso de que el dependiente sea hombre la actividad económica que influye es estar o no en desempleo, si están en desempleo es más probable ser cuidador informal.
- Independientemente del sexo del dependiente se mantiene el sexo y la edad como variables determinantes.

*Con respecto a los modelos distinguiendo por edad del dependiente:*

- En los hogares con dependiente menor de 65 años, influyen las variables sexo, edad y trabajando.
- En los hogares con dependiente de 65 años o más solo influye el sexo y la edad. Las variables trabajando y desempleo están en el modelo pero no son significativas.
- Por otro lado, los hombres tienen más probabilidad de cuidar a dependientes de 65 años o más que a dependientes menores de 65 años.
- Las mujeres, son las que mayor probabilidad de cuidar a un dependiente tienen, tanto a los dependientes de 65 años o más, como a los menores de 65 años.
- En estos modelos las variables sexo y edad se comportan igual que en los casos anteriores. Ser mujer y tener mayor edad otorga más probabilidad de cuidar.

*Cuando se divide la muestra por tipos de hogar:*

- Las únicas variables que resultan significativas y que además se mantienen en todos los casos son: sexo y edad. Éstas variables se comportan igual que en los casos anteriores, es decir, ser mujer y mayor edad otorga más probabilidad de cuidar.
- En todos los tipos de hogar las mujeres tienen mucha más probabilidad de ser cuidadoras.
- En el tipo de hogar donde los hombres tienen un poco más de probabilidad, aunque nunca superior a las mujeres es en los hogares formados por “padre o madre solo, con hijos/as”.

*Con respecto a los modelos distinguiendo por niveles de ingresos:*

- Las variables que se mantienen son sexo y edad. Sólo en la categoría comprendida entre 1.851 a 2.700 euros también influye el nivel de estudios y la actividad económica trabajando (en el mismo sentido que en los otros casos en los que aparecen estas variables).



- La probabilidad de ser cuidador informal en hogares con ingresos mensuales de 1.851 a 2.700 euros, es mayor en los adultos con estudios universitarios frente a Educación Primaria completa o Enseñanza Secundaria de Primera etapa.
- Los hombres se involucran más en el cuidado en hogares de rentas entre 1.051 a 1.850 euros, aunque incluso en ese caso las mujeres tienen mucha más probabilidad de ser cuidadoras.
- En los hogares con las rentas más altas desaparece la variable edad y la única variable que influye es el sexo.

En síntesis, se observa como el sexo es determinante en todas las muestras, las mujeres cuidan más en todas las categorías, por lo que se confirma la hipótesis 4. Además la edad en la que las mujeres tienen más probabilidad de cuidar está entre los 55 y 64 años, periodo clave en la vida laboral para contar, por ejemplo, con una buena pensión de jubilación. En términos generales se ha mostrado como a mayor edad mayor probabilidad de cuidar. Las actividades económicas que en algunos de los casos han resultado significativas son: trabajando, labores del hogar, desempleo y estudiando. Para las mujeres la variable significativa es “labores del hogar” y para los hombres “trabajando”. También se ha comprobado que en el caso de los hombres las características que les incrementan la probabilidad de ser cuidadores son: ser mayores de 65 años, tener estudios universitarios, no estar trabajando y pertenecer a un hogar con unos ingresos mensuales netos de entre 1.051 a 1.850 euros.

Todos estos resultados plantean una serie de posibles futuras líneas de investigación. Sería interesante seguir profundizando en estos análisis con entrevistas en profundidad a familias con personas dependientes. Analizar las características de los diferentes miembros de las familias y realizar un seguimiento durante un periodo largo de tiempo para hacer un análisis generacional. Por otro lado sería necesario contar con una encuesta que tenga como objetivo principal el trabajo de cuidados, así se tendría más información de todos los miembros del hogar involucrados en el cuidado. Otra futura investigación podría ser repetir el análisis cuando la situación de crisis económica haya pasado, para detectar posibles cambios en la organización socioeconómica de los cuidados. Asimismo, otro paso interesante que se podría dar es imputar un precio al número de horas que están ciudadano de media los adultos de la muestra, de esta forma se podría hacer una valoración monetaria de su contribución al bienestar social. Además

se podría determinar cuál es el coste de oportunidad de los cuidadores/as por dedicarse a los cuidados y el coste de sustitución, valorando el salario que están dejando de percibir por dedicarse al cuidado informal.

Los resultados del estudio empírico apoyan la tesis de que la Ley de Dependencia con el fomento de la utilización de las prestaciones económicas de manera generalizada ha fomentado y mantenido el protagonismo del cuidado informal. Además se corroboran los resultados que ya mostraba la encuesta de EDAD de 2008, por lo que pocos cambios se han producido en 5 años con la aplicación de la Ley. Se observa como España sigue teniendo un perfil claramente enmarcado en el modelo mediterráneo de Estado del Bienestar apoyado en las redes familiares de cuidados.

Se ha observado que independientemente de la clase social, el tipo de hogar, las características de la persona dependiente, las características personales, como edad o actividad económica, las mujeres son las cuidadoras informales por excelencia. Esta situación es injusta, si se supone que hombres y mujeres son iguales ante la ley, ¿por qué el Estado del Bienestar delega en el colectivo femenino la responsabilidad de los cuidados? Ya han pasado muchos años desde que este tipo de problemas están presentes en la opinión pública, en los estudios académicos y en algunos programas de partidos políticos y, lamentablemente, la situación no cambia. Es muy desesperanzador constatar que no se actúa sobre este tema, los niveles de cuidado informal siguen siendo muy altos y, por tanto, las consecuencias negativas que esta situación trae consigo se mantienen. Muchos hogares españoles no tienen suficiente nivel adquisitivo como para poder acudir al mercado para obtener los servicios de cuidados profesionales que necesitan, ni existen los servicios públicos necesarios para solventar estas situaciones.

Además, si esta situación no se ha podido cambiar en momentos de expansión económica resulta muy difícil que se cambie en el contexto de crisis económica que vive España desde hace siete años. La actual crisis económica hace que desde los poderes públicos se ponga en duda constantemente la sostenibilidad financiera de las finanzas públicas y se impida cualquier avance a este respecto. En definitiva, esta es una cuestión de prioridades, y para los gobiernos, la dependencia no ha sido nunca una prioridad.

Ante una situación como ésta, cabe esperar la actuación del Estado del Bienestar en defensa de un colectivo perjudicado. Se debería ampliar y mejorar el acceso al cuidado formal, es decir, seguir los pasos del modelo escandinavo. En estos países el sector público ofrece una cobertura universal, redes institucionales fuertes, servicios altamente profesionalizados y un gran gasto público que financia el sistema de atención. Igualmente se deberían poner en marcha acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los cuidadores/as informales. En esta línea resultan adecuadas las políticas de formación y ayuda a la reinserción en el mercado laboral, para aquellos que abandonan temporalmente su trabajo, o las medidas de apoyo a colectivos específicos de cuidadores/as informales, como los que cuidan a familiares adultos y los cuidadores/as intensivos.

Si se pretende mejorar la calidad de vida de todas las personas, hombres y mujeres, son necesarias medidas de política económica que destinen recursos para gestionar el reparto de las actividades de cuidados entre las distintas instituciones: Estado, familia, mercado y entidades sin ánimo de lucro. En España, el reparto está desigualmente distribuido, el apoyo estatal a las familias con dependientes es escaso, y son las mujeres de las familias con personas dependientes las que en su mayoría están realizando esta tarea de manera informal. A lo largo de la tesis se ha expuesto como esta situación es injusta e insostenible y el aumento de las necesidades derivadas del envejecimiento de la población en las sociedades del bienestar va a ejercer cada vez más presión sobre las familias y, en especial, sobre las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albarrán, I. y Alonso, P. (2009). La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado. *Estudios de Economía*, 36 (2), 127-163.
- Albertini, M., Kohli, M. y Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns – different regimes? *Journal of European Social Policy*, 17(4), 319–334.
- Anttonen, A. y Sipilä, J. (1996). European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models? *Journal of European Social Policy* 6(2), 87 – 100.
- Bell, D. N. F. y Bowes, A. M. (2006). *Financial care models in Scotland and the UK*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Bell, D. N. F., Bowes, A. M., y Dawson, A. (2007). *Free personal care in scotland: Recent developments*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Bell, D. N.F., Bowes, A., y Heitmueller, A. (2007). Did the Introduction of Free Personal Care in Scotland Result in a Reduction of Informal Care? *WDA-HSG Discussion Paper No. 2007-3*.
- Bell, D. y Rutherford, A. (2012). Long-term care and the housing market. *Scottish Journal of Political Economy*, 59(5), 543-563.
- Bell, D., Rutherford, A. y Wright, R. E. (2013) Free Personal Care for Older People: A Wider Perspective on Its Costs, *Fraser of Allander Institute Economic Commentary*, 36 (3), 69-76.
- Benería, L. (1999). El debate inconcluso sobre el trabajo no remunerado. *Revista Internacional Del Trabajo*, 118(3), 321-346.

- Benería, L. (2008). The crisis of care, International migration, and Public Policy. *Feminist Economics*, 14(3), 1-21.
- Bettio, F., Simonazzi, A. y Villa P. (2006). Change in care regimes and female migration: the "care drain" in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-286.
- Bettio, F., y Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113.
- Bodkin, R. (1999). Women's agency in classical economic thought: Adam Smith, Harriet Taylor Mill and John Stuart Mill. *Feminist Economics* 5(1), 45-60.
- Borderías, C. y Carrasco, C. (1994). Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. En Borderías, C., Carrasco, C., y Alemany, C. (Eds.), *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales* (15-110). Madrid: Fuhem-Icaria.
- Brandt, M. (2011). Intergenerational Help and Public Assistance in Europe - A Case of Specialization? *MEA Discussion Paper* No. 236-11.
- Cantó, O., Cebrián, I. y Moreno, G. (2015). Género y Pobreza. En Castaño, C. (Ed.) *Las mujeres en la gran recesión* (121-168). Madrid: Cátedra.
- Carbonell, M., Gálvez, L. y Rodríguez, P. (2014). Género y cuidados: respuestas sociales e institucionales al surgimiento de la sociedad de mercado en el contexto europeo. *Areas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 33, 17-32
- Carmichael, F. y Charles, S. (2003): "The Opportunity Costs of Informal Care: Does Gender Matter?" *Journal of Health Economics*, (22)5, 781-803.
- Carrasco, C. (1989). La valoración del trabajo doméstico un enfoque reproductivo. En Caillavet, F. (Ed.), *Economía del trabajo femenino. Sector mercantil y no mercantil* (101-108). Madrid: Instituto de la Mujer.

- Carrasco, C. (1991). *El trabajo doméstico. Un análisis económico*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Carrasco, C. (1998). Mujeres y economía: debates y propuestas. En Barceló, A. *Economía Política Radical* (237-264). Madrid: Síntesis.
- Carrasco, C. (2006). La paradoja del cuidado: necesario pero invisible. *Revista de economía crítica*, 5, 39-64.
- Carrasco, C. (2009). Mujeres, sostenibilidad y deuda social. *Revista de educación, número extraordinario*, 169-191.
- Carrasco, C. (Ed.) (2001): *Tiempos, trabajos y género*. Publicaciones Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (Eds.) *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Carrasco, C., Mayordomo, M., Domínguez, M., y Alabart, A. (2004). *Trabajo con mirada de mujer. Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Castaño, C. (Ed) (2015). *Las mujeres en la gran recesión*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Cebrián, I. y Moreno, G. (2008). La situación de las mujeres en el mercado de trabajo español. Desajustes y retos. *Economía Industrial*, nº367, 121-137.
- Cebrián, I. y Moreno, G. (2013). Impacto de las trayectorias laborales de las mujeres de mediana edad sobre los ingresos en la edad de jubilación. . En Folguera, P.; Maquieira, V.; Matilla, M. J.; Montero, P. y Vara, M. J. (Eds.), *Género y Envejecimiento: XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar* (399-432). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

- Cebrián, I. y Moreno, G. (2015). Tiempo cotizado, ingresos salariales y sus consecuencias para las pensiones: diferencias por género al final de la vida laboral. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 33(2), 311-328.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Gori, C., Costa-I-Font, J., Di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A. y Rothgang, H. (2006). Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing Social*, 26(2), 285-302.
- Comisión Europea (2009). *The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Members States 2008-2060*. Bruselas: Comisión Europea.
- Dalla Costa, M. y James, S. (1972). *The power of women and the subversion of the community*. Londres: Butler and Tanner Ltd.
- Daly, M. (1997). Welfare States under Pressure: Cash Benefits in European Welfare States over the Last Ten Years. *Journal of European Social Policy*, 7 (2), 129–146.
- Daly, M. y Lewis, J. (2000). The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States. *British Journal of Sociology*, 51 (2), 281-298.
- De Pablos, L. y Gómez, M. (2006). Aproximaciones a la pobreza desde la perspectiva de género. En Vara, M. J. (Ed.) *Estudios sobre Género y Economía* (233-252), Madrid: Akal.
- De Pablos, L., Martínez, M. y Gil, M. (2012). Pobreza y educación análisis desde el punto de vista de género. *Principios*, 21, 117-140.

- Delphi, C. (1988). Patriarchy, Domestic Mode of Production, Gender, and Class. En Nelson, C. y Grossberg (Eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture* (259-269). London: Macmillan.
- Díaz, E., Ladra, S., Zozaya, N. (2009). *La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales* (Working Paper, 143/2009). Madrid: Fundación Alternativas.
- Dizy, D. (Dir.) (2006). *Las personas mayores en situación de dependencia*, Madrid: Instituto Edad & Vida.
- Durán, M. A. (1986). *La jornada interminable*, Barcelona: ICARIA Editorial.
- Durán, M. A. (1989a): El dualismo de la economía española. Una aproximación a la economía no mercantil. En Sánchez, C. (Ed.), *Mujeres y hombres en la formación del pensamiento occidental (I)* (391-395). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Durán, M. A. (1989b). El iceberg español. Relaciones entre el trabajo mercantil y no mercantil. En Caillavet, F. (Ed.), *Economía del trabajo femenino. Sector mercantil y no mercantil* (117-126). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Durán, M. A. (1995). Invitación al análisis sociológico de la contabilidad nacional. *Política y Sociedad* 19, 83-100.
- Durán, M. A. (2012): *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, USA: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. y Palier, B. (2010). *Los tres grandes retos del Estado del Bienestar*. Barcelona: Ariel.



- Folbre, N. (1995). Holding Hands at Midnight: The Paradox of Caring Labor. *Feminist Economics* 1 (1), 73-92.
- Folbre, N. (2006). Measuring Care: Gender, Empowerment, and the Care Economy. *Journal of Human Development*, 7(2), 183-199.
- Galaso, P. y De Vera, V. (2013). Redes informales de cuidados en Europa. El papel de las mujeres mayores. En Folguera, P.; Maquieira, V.; Matilla, M. J.; Montero, P. y Vara, M. J. (Eds.), *Género y Envejecimiento: XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar* (461-484). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Galaso, P. y De Vera, V. (2014). Redes informales de cuidados en Europa. El papel de las mujeres mayores. En Limas M. y Rodríguez, A. (Eds), *Nuevas rutas hacia el bienestar social, económico Y medioambiental. II Foro Bienal de Estudios del Desarrollo* (135-159). Montevideo: RIED (Red Iberoamericana de Estudios del Desarrollo)
- Galaso, P., De Vera, V., Vara, M. J. (2012, junio). Informal Care Networks in Europe: the Role of Elderly Women. XIV SASE Annual Meeting. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge (EEUU).
- García, C. y García, S. (2000). Para una valoración del trabajo más allá de su equivalente monetario. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 17, 39-64.
- Giannelli, G. C., Mangiavacchi, L. y Piccoli, L. (2011). GDP and the Value of Family Caretaking: How Much Does Europe Care? *IZA Discussion Paper* No. 5046.
- Glendinning, C., Tjadens, F., Arskey, H., Moree, M. y Nies, H. (2009). *Care Provision Within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers* York: Social Policy Research Unit, University of York.

- Glennerster, H. y Le Grand, J. (1995). The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom. *International Journal of Health Services*, 25 (2), 203-218.
- González, S. (Dir.) (2013). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Gornick, J., Meyers, M. K. y Ross, K. E. (1997). Supporting the Employment of Mothers: Policy Variation across Fourteen Welfare States. *Journal of European Social Policy* 7(1), 45 – 70.
- Hank, K. y Buber, I. (2009). Grandparents caring for their grandchildren. Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues* 30(1), 53-73.
- Himmelweit, S. (1995). The Discovery of 'Unpaid Work': The Social Consequences of the Expansion of 'Work'. *Feminist Economics*, 1(2), 1-19.
- Hosmer, D. W. , Lemeshow, S. y Sturdivant R. X. (2013). *Applied Logistic Regression. Third Edition*. Nueva York: Wiley-Interscience Publication.
- Hosmer, D. W. y Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression* (1st edition). Nueva York: Wiley-Interscience Publication.
- Hosmer, D. W. y Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2nd edition). Nueva York: Wiley-Interscience Publication.
- Igel, C. and Szydlik, M. (2010). Grandchild care and welfare State arrangements in Europe. *Journal of European Social Policy*, 21, 210-114.
- IMSERSO (2005). Libro Blanco sobre la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- INE (2004). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003* [en línea] [consulta: 10 de septiembre de 2010] Disponible en:  
[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608)
- INE (2008). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008* [en línea] [consulta: 10 de septiembre de 2010] Disponible en:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>
- INE (2011). *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010* [en línea] [consulta: 6 de octubre de 2012] Disponible en:  
[http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608)
- INE (2013). *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012* [en línea] [consulta: 7 de mayo de 2014] Disponible en:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
- Jacobzone, S. (1999). Ageing and care for frail elderly persons. An overview of international perspectives. *OECD Labour Market and Social Policy, Occasional paper n° 38*. Paris: OECD.
- Jimenez-Martín, S. (Coord). 2007. *Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra y FEDEA.
- Johnson, R.W. y Lo Sasso, A.T. (2000). *The Trade-Off between Hours of Paid Employment and Time Assistance to Elderly Parents at Mid-Life*, Washington DC: The Urban Institute.
- Lacey, A. (Ed.) (1986). *Barbara Leigh Smith Bodichon and the Langham Place Group*. New York: Routledge & Kegan Paul.

- Letablier, M. T. (2007). El trabajo de “cuidados” y su conceptualización en Europa. En Prieto, C. (Ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. España: Editorial Complutense.
- Lewis, J. (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159-173.
- Lewis, J. (1998). *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate.
- Mayordomo, M. (2000). *Precursores: el trabajo de las mujeres y la Economía Política*. Ponencia presentada a las VII Jornadas de Economía Crítica. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete.
- Meil, G. y Rogero J. (2012). Las Encuestas de Empleo del Tiempo como instrumento para analizar el reparto del trabajo remunerado y no remunerado. *Índice: revista de estadística y sociedad*, 51, 20-22.
- Meil, G. y Rogero J. (2014). Abuelas, abuelos y padres varones en el cuidado de la infancia. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 32(1), 49-67.
- Mill, John Stuart (1869). Subjection of Women. En Rossi, A. (Ed.) (1970). *Essays on sex equality. John Stuart Mill and Harriet Taylor Mill*. Chicago: University of Chicago Press.
- Oliva, J. y Osuna, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, 56, 163-81.
- Pacolet J., Bouten R., Lanoye H. y Vesieck, K. (1999). *Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway*, Luxembourg: Office for official publications in the European Communities.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2012). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud III*. Madrid: Síntesis.

- Pavolini, E. y Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare estate: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246-259.
- Peña, D. (2002). *Análisis de datos multivariantes*. Madrid: McGraw-Hill.
- Pérez, A. (2006a). *Perspectivas Feministas en torno a la Economía: el caso de los Cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social, Colección Estudios.
- Pérez, A. (2006b). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico *Revista de Economía Crítica*, 5. Valladolid: Asociación Cultural “Economía Crítica”.
- Pérez, C. (2009a). *Técnicas estadísticas multivariantes con SPSS*. Madrid: Gaceta Grupo Editorial.
- Pérez, C. (2009b). *Problemas resueltos de Econometría*. Madrid: Thomson.
- Picchio, A. (1981). Social Reproduction and the Basic Structure of the Labour Market. En Wilkinson, F. (Ed.), *The Dynamics of Labor Market Segmentation*. Londres: Academic Press.
- Picchio, A. (1992). *Social Reproduction: the Political Economy of the labour market*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Picchio, A. (2005). La economía política y la investigación sobre las condiciones de vida. En Cairó, G. y Mayordomo, M. (Eds.), *Por una economía sobre la vida. Aportaciones desde un enfoque feminista*. Barcelona: Editorial Icaria.
- Pickard, L., Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Patxot, C., Pozzi, A., Rothgang, H. y Wittenberg, R. (2007). Modelling an entitlement to long-term care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050. *Journal of European Social Policy*, 17(1), 33-48.

- Reid, M. (1934). *Economics of Household Production*. Nueva York: John Wiley.
- Ricardo, D. (1817). On the Principles of Political Economy and Taxation. En Sraffa, P. (Ed.) (1975). *Work and Correspondence, vol., 1*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rodríguez, A., Rodríguez, E. y Álvarez, B. (2011). Distribución territorial de la dependencia en España y Europa. *Papeles de economía española*, 129. Madrid: FUNCAS.
- Rogero-Garcia, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia, *Rev. Esp. Salud Publica* 83(3), 393-405.
- Royal Commission on Long Term Care (1999) With Respect to Old Age, Cm 4192. London: The Stationery Office.
- Rubery, J., Fagan, C. y Smith, M. (1995). *Changing Patterns of Work and Working Time in the European Union and the Impact of Gender Divisions*. European Network of Experts on the Situation of Women in the Labour Market. Report for the Equal Opportunities Unit, DG V. Brussels: European Commission.
- Ruesga, S. M. (2014): “El mercado de trabajo en España en la antesala de la recuperación”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, 4º Trimestre, nº 1, 67-95.
- Ruesga, S. M., Martín, J. L., Pérez L. y Viñas A. I. (2014). Sobre la calidad del empleo creado. Análisis de coyuntura del mercado de trabajo en el segundo semestre de 2013. *Temas Laborales*, 124, 185-215.
- Scottish Executive (2000). *Response to the Royal Commission on Long Term Care*. The Scottish Government.

- Secombe, W. (1974). The housewife and her labour under capitalism. *New Left Review* 1(83).
- Smith, A. (1776): *La riqueza de las naciones*. Reeditado en Rodríguez, C. (Ed.) (1994): *Adam Smith. La riqueza de las naciones*. Alianza.
- Stark, A. (2005). Warm hands in cold age – On the need of a new world order of care. *Feminist Economics*, 11 (2), 7-36.
- Sundstrom, M. y Stafford, F. (1991). *Female Labour Force Participation, Fertility and Public Policy*. Stockholm Research Report in Demography 63. Stockholm: Stockholm University.
- Thane, P. (2010). Intergenerational Support in Families in Modern Britain. En Addabbo, T. Arrizabalaga, M-P. y Borderías, C. (Eds.), *Gender Inequalities, Households and the Production of Well-Being in Modern Europe*. (109-123). (Gender and Well-Being). Farnham: Ashgate Pub.
- Thomas, C. (1993). De-Constructing Concepts of Care. *Sociology*, 27(4), 649-669.
- Tobío C., Agulló, M<sup>a</sup>. S. Gómez, M<sup>a</sup>. V. y Martín, M<sup>a</sup> T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales 28. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: Cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria*, (15), 53-73.
- Torns, T., Borrás, V., Moreno, S., y Recio, C. (2012). El trabajo de cuidados: Un camino para repensar el bienestar. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, (119), 93-101.
- Ungerson, C. (1997) Social politics and the commodification of care. *Social Politics*, 4, (3), 362-381.

- Vara, M. J. (2011). La desigualdad de género en el sistema público de pensiones: El caso de España. *ICE: Revista de Economía*, 859, 119-140.
- Vara, M. J. (2013a). Gender inequality in the Spanish public pension system. *Feminist Economics*, 19(4), 136-159.
- Vara, M. J. (2013b). Los cuidados a las mujeres mayores dependientes en España avances y limitaciones. En Folguera, P.; Maquieira, V.; Matilla, M. J.; Montero, P. y Vara, M. J. (Eds.), *Género y Envejecimiento: XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar* (485-512). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Vara, M. J. (2014). Long-term care for elder women in Spain: Advances and limitations. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(4), 347-369.
- Viitanen, T. K. (2005). *Informal Elderly Care and Women's Labour Force Participation Across Europe*, ENEPRI Research Reports, No. 13.
- Vilaplana, C., Jiménez-Martín, S. y García, P. (2011). Trade off entre cuidados formales e informales en Europa. *Gaceta Sanitaria* 25(2), 115-124.
- Wooldridge, J. M. (2006). *Introducción a la econometría: un enfoque moderno*. Thomson- Ediciones Paraninfo.



## ANEXO 1

### 1. Listado de variables de clasificación del cuestionario de hogares

<b>Geográficas</b>	
CCAA	Comunidad Autónoma de residencia
<b>Identificadoras</b>	
IDENTHOGAR	Número de identificación del hogar: Sección + Vivienda + Hogar
Sección	Sección
Vivienda	Vivienda
Hogar	Hogar
NORDEN_Ai	Número de orden del adulto encuestable
NORDEN_Mi	Número de orden del menor encuestable
NADULTOS	Número de adultos encuestables
NMENORES	Número de menores encuestables
A7_1_i	Persona de referencia (P.R.)
NORDEN_Pref	Número de orden de la persona de referencia
A7_2a	Número de orden del adulto seleccionado
A7_2m	Número de orden del menor seleccionado
A8_1_i	Adulto seleccionado (A.S.)
NORINF	Número de orden del informante del Cuestionario de Hogar
CADULTO	Variable derivada: ¿Existe en el hogar cuestionario de adulto?
<b>Ponderación</b>	
FACTORHOGAR	Factor de elevación del hogar (5 enteros, 6 decimales)
<b>Sociodemográficas</b>	

ESTRATO	Estrato al que pertenece el hogar (por tamaño de municipio)
SEXO_i	Sexo
EDAD_i	Edad
A8_2_i	Relación con el adulto seleccionado
A10_i	Nivel de estudios
A12	Composición del hogar
<b>Socioeconómicas</b>	
A11_1_i	Actividad económica actual: trabajando
A11_2_i	Actividad económica actual: desempleo
A11_3_i	Actividad económica actual: jubilado
A11_4_i	Actividad económica actual: estudiando
A11_5_i	Actividad económica actual: incapacitado
A11_6_i	Actividad económica actual: labores del hogar
A11_7_i	Actividad económica actual: otros
A11_8_i	Actividad económica actual: no contesta
B13	Persona de referencia jubilado o incapacitado: Percibe pensión contributiva
B14	Persona de referencia jubilado o incapacitado: Ha trabajado antes
B15_2	Persona que generó la pensión: Actividad de la empresa en la que trabajó
B16_2	Persona que generó la pensión: Ocupación, profesión u oficio
B17	Persona que generó la pensión: Situación profesional en la ocupación que desempeñó
B18	Persona de referencia: Ha trabajado alguna vez
B19a_2	Persona de referencia: Actividad de la empresa en la que trabaja
B19m_2	Persona de referencia: Actividad de la empresa en la que trabajó
B20a_2	Persona de referencia: Ocupación, profesión u oficio
B20m_2	Persona de referencia: Última ocupación, profesión u oficio
B21a	Persona de referencia: Situación profesional que desempeña en su empleo

B21m	Persona de referencia: Situación profesional que desempeñó en su empleo
CLASE_PR	Variable derivada: Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
D26_1	Tipos de ingresos: Ingresos del trabajo (por cuenta propia o ajena)
D26_2	Tipos de ingresos: Prestación y subsidios por desempleo
D26_3	Tipos de ingresos: Pensión por jubilación o viudedad
D26_4	Tipos de ingresos: Pensión por invalidez o incapacidad
D26_5	Tipos de ingresos: Prestaciones económicas por hijo a cargo, ayudas a la familia
D26_6	Tipos de ingresos: Prestaciones o subvenciones relacionadas con la vivienda
D26_7	Tipos de ingresos: Prestaciones o subvenciones relacionadas con la educación
D26_8	Tipos de ingresos: Otros ingresos regulares / Otro subsidio o prestación social r
D26_9	Tipos de ingresos: Ningún tipo de ingreso
D26_10	Tipos de ingresos: No sabe
D26_11	Tipos de ingresos: No contesta
D27	Principal tipo de ingreso
D28	Intervalo de ingreso mensual neto

2. Listado de variables objetivo del cuestionario de adultos

<b>Identificadoras</b>	
SEXOa	Identificación del adulto seleccionado: Sexo
EDADa	Identificación del adulto seleccionado: Edad
A7_2A	Número de orden del adulto seleccionado
PROXY_0	¿El informante es la persona seleccionada?
PROXY_1	Informante proxy: ¿Cuál es el motivo por el que la persona seleccionada no facilita la información)
PROXY_2	Informante proxy: ¿Es miembro del hogar el informante?
PROXY_2b	Informante proxy: Número de orden del miembro del hogar
PROXY_3a	Informante proxy: Sexo del informante
PROXY_4	Informante proxy: Edad del informante
PROXY_5	Informante proxy: Relación del informante con el adulto seleccionado
<b>Sociodemográficas</b>	
E1_1	País de nacimiento
PAISEXT	Región/País de nacimiento extranjero
E2_1a	Nacionalidad: Española
E2_1b	Nacionalidad: Extranjera
E2_1c	Nacionalidad: No sabe
E2_1d	Nacionalidad: No contesta
NACEXT	Región/País de nacionalidad extranjera
E3	Años residiendo en España
E4	Estado civil legal
<b>Socioeconómicas</b>	
F5	Adulto seleccionado: Percibe pensión contributiva

F6	Adulto seleccionado: Ha trabajado antes
F7_2	Adulto seleccionado: Actividad de la empresa en la que trabajó la persona que ge
F8_2	Adulto seleccionado: Ocupación, profesión u oficio de la persona que generó la p
F9	Adulto seleccionado: Situación profesional en la ocupación que desempeñó.
F10	Adulto seleccionado: Tiempo que lleva desempleado
F11	Adulto seleccionado: Ha trabajado antes
F12	Adulto seleccionado: Tipo de contrato o relación laboral
F13a	Adulto seleccionado: Duración del contrato
F13m	Adulto seleccionado: Duración de la relación laboral
F14	Adulto seleccionado: Trabajadores a su cargo
F15	Adulto seleccionado: Tipo de jornada en su trabajo principal actual
F16a_2	Adulto seleccionado: Actividad de la empresa donde trabaja actualmente (código C
F16m_2	Adulto seleccionado: Actividad de la empresa en la que trabajó (código CNAE2009,
F17a_2	Adulto seleccionado: Ocupación, profesión u oficio actual (código CNO2011)
F17m_2	Adulto seleccionado: Última ocupación, profesión u oficio (código CNO2011)
F18	Adulto seleccionado: Situación profesional de su último empleo
<b>Cuidados</b>	
Z140	¿Viven en el hogar personas con alguna limitación o discapacidad que necesiten cuidados?
Z140_a1	Adulto con Número de orden 1 tiene limitación o discapacidad
Z140_a2	Adulto con Número de orden 2 tiene limitación o discapacidad
Z140_a3	Adulto con Número de orden 3 tiene limitación o discapacidad
Z140_a4	Adulto con Número de orden 4 tiene limitación o discapacidad

Z140_a5	Adulto con Número de orden 5 tiene limitación o discapacidad
Z140_a6	Adulto con Número de orden 6 tiene limitación o discapacidad
Z140_a7	Adulto con Número de orden 7 tiene limitación o discapacidad
Z140_a8	Adulto con Número de orden 8 tiene limitación o discapacidad
Z140_a9	Adulto con Número de orden 9 tiene limitación o discapacidad
Z140_a10	Adulto con Número de orden 10 tiene limitación o discapacidad
Z140_a11	Adulto con Número de orden 11 tiene limitación o discapacidad
Z140_a12	Adulto con Número de orden 12 tiene limitación o discapacidad
Z140_a13	Adulto con Número de orden 13 tiene limitación o discapacidad
Z140_a14	Adulto con Número de orden 14 tiene limitación o discapacidad
Z140_a15	Adulto con Número de orden 15 tiene limitación o discapacidad
Z141	¿Quién se ocupa de su cuidado principalmente?
Z141_1	Usted compartiéndolo con otra persona: Número de orden de la otra persona
Z141_2	Otra persona de la casa: Número de orden de la otra persona
Z142	Tiempo que hace que está a su cuidado
Z142_1	Tiempo que hace que está a su cuidado: Número de años
Z143_1	Horas dedicadas a su cuidado de lunes a viernes (promedio diario): Número de horas
Z143_2	Horas dedicadas a su cuidado en sábado y domingo (suma de los dos días): Número de horas
Z145	¿Quién se ocupa principalmente de las tareas del hogar?
Z145_1	2 Se ocupa principalmente de las tareas del hogar usted compartiéndolo con otra persona: Número de orden de la otra persona
Z145_2	2 Se ocupa principalmente de las tareas del hogar otra persona de la casa: Número de orden de la otra persona
FACTORADULT O	Factor de elevación del adulto (5 enteros, 6 decimales)
CLASE_PR	Variable derivada: Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia
DEPFUNC1	Variable derivada: Dependencia funcional para el cuidado personal (solo adultos de 65 y más años)

DEPFUNC2	Variable derivada: Dependencia funcional para las labores domésticas (solo adultos de 65 y más años)
DEPFUNC3	Variable derivada: Dependencia funcional para la movilidad (solo adultos de 65 y más años)

### 3. Variables creadas para el análisis

<b>Información de la persona de referencia, todos los hogares tienen una y es la persona que más aporta de manera regular al presupuesto del hogar.</b>	
SEXO_PREF	Persona de referencia: sexo
EDAD_PREF	Persona de referencia: edad
ESTUDIOS_PREF	Persona de referencia: nivel de estudios
<b>Información del adulto seleccionado (AS).</b>	
SEXO_AS	Adulto Seleccionado: sexo
EDAD_AS	Adulto Seleccionado: edad
ESTUDIOS_AS	Adulto Seleccionado: nivel de estudios
<b>Información del dependiente de los hogares en los que hay un solo dependiente (aplicamos este filtro, porque entendemos que las características de los hogares con más de un dependiente son totalmente diferentes, por lo que no podríamos sacar conclusiones generales).</b>	
NUM_D	Número de dependientes
Dependiente	Variable dummy (0:no,1: sí)
SEXO_D	Dependiente: sexo
EDAD_D	Dependiente: edad
ESTUDIOS_D	Dependiente: nivel de estudios
<b>Información de la persona cuidadora informal cuando coincide con el AS y cuida sola.</b>	
SEXO_AS_C	AS_C: sexo
EDAD_AS_C	AS_C: edad
ESTUDIOS_AS_C	AS_C: estudios

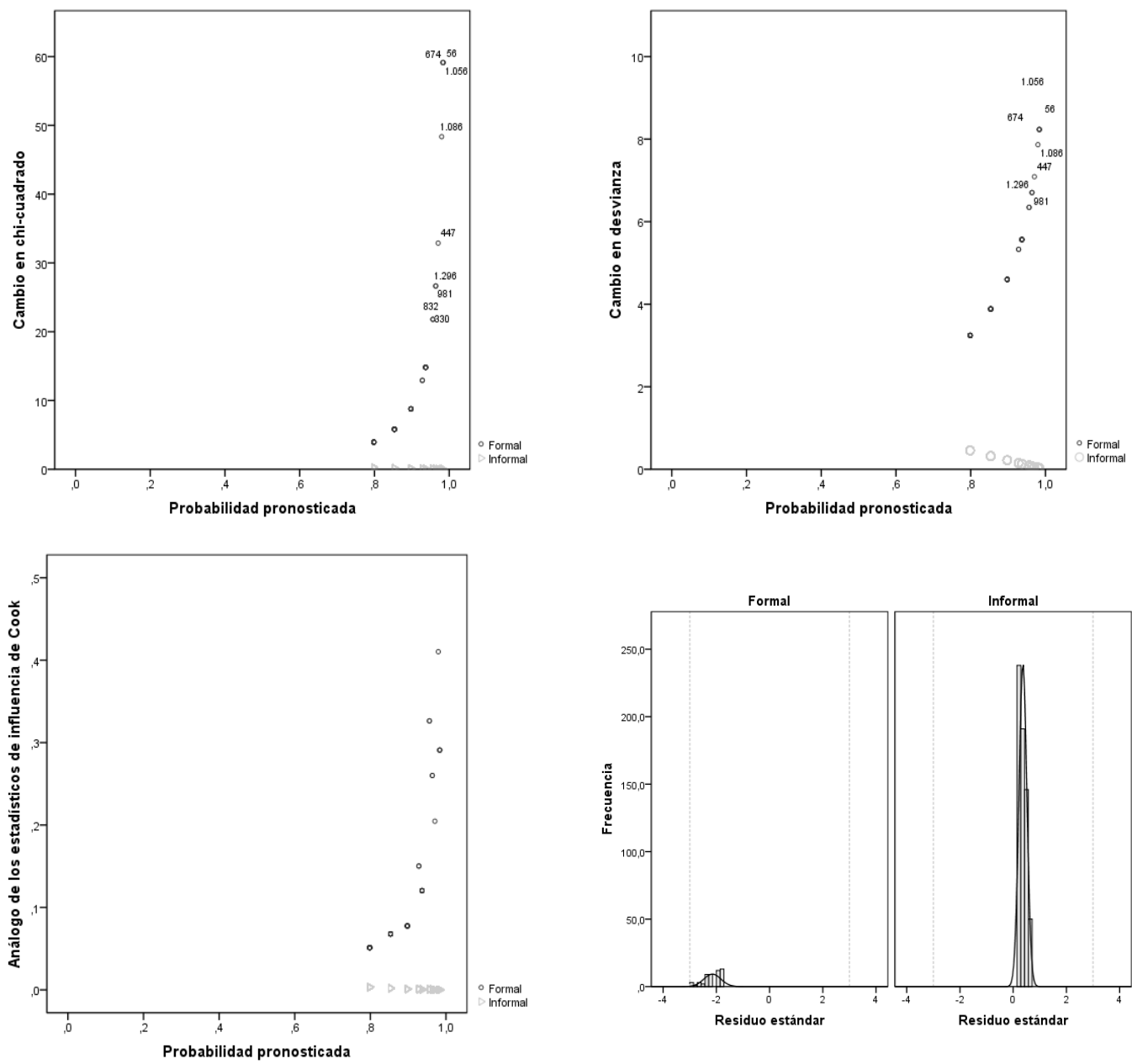
<b>Información de la persona cuidadora informal cuando coincide con el AS y otra persona del hogar le ayuda con el cuidado.</b>	
SEXO_AS_C2	AS_C2: sexo
EDAD_AS_C2	AS_C2: edad
ESTUDIOS_AS_C2	AS_C2: estudios
<b>Información de la persona cuidadora informal que cuida junto con el AS_C2.</b>	
SEXO_C_AS_C2	C_AS_C2: sexo
EDAD_C_AS_C2	C_AS_C2: edad
ESTUDIOS_C_AS_C2	C_AS_C2: nivel de estudios
<b>Información de la persona cuidadora informal cuando NO coincide con el AS</b>	
SEXO_C	C: sexo
EDAD_C	C: edad
ESTUDIOS_C	C: nivel de estudios
<b>Información de todos los cuidadores informales principales</b>	
SEXO_Cuidadores1	
EDAD_Cuidadores1	
ESTUDIOS_Cuidadores1	
<b>Información de los cuidadores informales principales que no tienen personas de apoyo para el cuidado en el hogar.</b>	
SEXO_Cuidadores2	
EDAD_Cuidadores2	
ESTUDIOS_Cuidadores2	



# ANEXO 2

## A.1. MODELOS LOGIT: EVALUACIÓN DE LOS RESIDUOS Y DE CASOS ATÍPICOS

1. Gráfico 1 (a, b, c y d). Distribución de residuos e influencia de casos atípicos para el Modelo 1



2. Gráfico 2 (a, b, c y d). Distribución de residuos e influencia de casos atípicos para el Modelo 2

